Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Rapport annuel 1986-1987

Québec

Le contenu de cette publication a été rédigé par
le ministère de la Santé et des Services sociaux

Cette édition a été produite par

Les Publications du Québec
1279, boulevard Charest Ouest
Québec (Québec)
G1N 4K7

Dépôt légal — 2e trimestre 1988
Bibliothèque nationale du Québec :
ISBN 2-551-08213-7
ISSN 0832-6258

© Gouvernement du Québec

Madame Thérèse Lavoie-Roux
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Hôtel du Gouvernement
Québec

Madame la Ministre,

Je vous soumets le rapport d'activités du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière 1986-1987.

Ce rapport décrit les secteurs d'activités du Ministère ainsi que les différents programmes réalisés.

Veuillez agréer, Madame la Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux,

Réjean Cantin

Québec, avril 1988

Monsieur Pierre Lorrain
Président de l'Assemblée nationale
Hôtel du Gouvernement
Québec

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous présenter le rapport d'activités annuel du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'année financière terminée le 31 mars 1987.

Ce rapport rend compte de l'ensemble des activités du Ministère et contient de nombreux renseignements d'intérêt public.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'assurance de mon profond respect.

La ministre de la Santé et des Services sociaux,

Thérèse Lavoie-Roux

Québec, avril 1988

Table des matières

Introduction 9

Partie I
Le ministère de la Santé et des Services sociaux 11

1.1 Les faits saillants de 1986-1987 11
1.1.1 Le désengorgement des urgences 11
1.1.2 Les priorités des C.L.S.C. 12
1.1.3 Les mesures législatives 12
1.1.4 La convention collective négociée 12
1.2 La structure administrative en 1986-1987 12
1.2.1 Les objectifs visés par la réforme 13
1.2.2 La proposition 13
1.3 Les orientations de 1987-1988 14

Partie II
Le bilan administratif 17

2.1 La gestion interne et le soutien 17
2.1.1 Le budget et l'administration 17
2.1.2 Les équipements et les services 17
2.1.3 Le Secrétariat du Ministère 20
2.2 La Direction générale de la planification et de l'évaluation 22
2.2.1 Des études socio-sanitaires 22
2.2.2 La planification des effectifs médicaux 22
2.2.3 Un projet de politique en santé mentale 24
2.2.4 Des études et recherches évaluatives 24
2.2.5 Le monitorage et l'instrumentation 24
2.2.6 La réorganisation et la planification stratégique 25
2.2.7 Les réactions et les propositions en regard de la politique familiale 25
2.2.8 La coopération internationale 25
2.2.9 L'accès documentaire 25
2.2.10 L'accès à l'information 25
2.3 La Direction générale de la prévention et des services communautaires 25
2.3.1 La promotion de la santé 25
2.3.2 Le Comité Brunet 27
2.3.3 Les familles d'accueil 27
2.3.4 L'engorgement des salles d'urgence 27
2.3.5 Les mésadaptés socio-affectifs 27
2.3.6 La protection de la jeunesse 27
2.3.7 Les organismes communautaires 28
2.3.8 Les communautés autochtones 28
2.4 La Direction générale du recouvrement de la santé 28
2.4.1 Les plans régionaux de service 28
2.4.2 Les services gériatriques 30
2.4.3 La répartition des ressources 30
2.4.4 La technologie biomédicale 30
2.4.5 La santé mentale 30
2.4.6 La Commission d'examen 30
2.4.7 Des interventions spécifiques 30
2.5 La Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée 32
2.5.1 La déficience intellectuelle 32
2.5.2 Les programmes d'aide technologique 33
2.5.3 Les personnes âgées 33
2.6 La Direction générale des relations de travail 35
2.6.1 Le personnel salarié du réseau 35
2.6.2 Le personnel cadre du réseau 35
2.6.3 Les professionnels de la santé 36

Annexe I Les organismes relevant de la ministre de la Santé et des Services sociaux 38
Annexe II Les lois et règlements dont l'application relève du ministère de la Santé et des Services sociaux 40
Annexe III Les ressources financières 42
Annexe IV Les effectifs 43

Introduction

Les renseignements contenus dans le présent document ont été regroupés dans trois grandes sections.

La première partie informe sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) dans son ensemble. On y retrouve les faits saillants de l'année 1986-1987, des données sur la structure administrative ainsi que les orientations pour 1987-1988.

La deuxième partie présente les principales activités menées au cours de l'année par les diverses unités administratives. Ces activités ont été regroupées en six secteurs: gestion interne et soutien, planification et évaluation, prévention et services communautaires, recouvrement de la santé, réadaptation et services de longue durée ainsi que les relations de travail.

Enfin, on retrouvera en annexe un certain nombre de documents d'intérêt général.

Partie 1
Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux, autrefois nommé ministère des Affaires sociales, fut créé le 22 décembre 1970 lors de l'entrée en vigueur de la Loi sur le ministère des Affaires sociales.

Le mandat du M.S.S.S. a pour objet:

— d'améliorer l'état de santé de la population, l'état du milieu social dans lequel elle vit et les conditions sociales des individus, des familles et des groupes;

— de rendre la gamme complète des services de santé et des services sociaux accessible à toute personne, d'une façon continue et pendant toute sa vie, y compris la prévention et la réadaptation, de façon à répondre aux besoins des individus, des familles et des groupes sur les plans physique, psychique et social;

— d'encourager la population et les groupes à participer à l'instauration, à l'administration et au développement des établissements;

— de mieux adapter les services de santé et les services sociaux aux besoins de la population en tenant compte des particularités régionales et répartir les ressources humaines et financières de la façon la plus juste et la plus rationnelle possible;

— de favoriser le recours aux méthodes modernes d'organisation et de gestion pour rendre plus efficaces les services offerts à la population;

— de promouvoir la recherche et l'enseignement.

Le réseau de la Santé et des Services sociaux

Afin d'assurer l'accessibilité à des soins et à des services de qualité à tous les citoyens, la Loi sur les services de santé et les services sociaux adopte un modèle d'organisation axé sur la régionalisation et sur la complémentarité des établissements. Plus de 900 établissements composent le réseau de la Santé et des Services sociaux. Ils sont regroupés par catégorie: les 234 centres hospitaliers, les 569 centres d'accueil, les 134 centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) et les 16 centres de services sociaux (C.S.S.). La coordination des activités est assurée par les 13 conseils régionaux de la santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.).

1.1 Les faits saillants de 1986-1987

En 1986-1987, certaines activités ont été prioritaires pour le Ministère. Les actions concrètes qui ont été posées au cours de cette année visaient principalement cinq objectifs soit: maintenir et améliorer l'accessibilité et la qualité des services offerts aux personnes par le réseau de la santé et des services sociaux; favoriser le maintien, dans leur milieu de vie naturel, des différentes personnes auxquelles s'adressent les services du réseau; valoriser l'ensemble du personnel; investir dans les services plutôt que dans les structures et, finalement, redonner au secteur de la santé et des services sociaux une place prioritaire dans l'allocation des budgets gouvernementaux.

Les investissements budgétaires

Afin de redonner au secteur de la santé et des services sociaux la place prioritaire qu'il doit occuper dans les choix budgétaires du Gouvernement, plus de 800 millions de dollars ont été injectés au cours de la dernière année budgétaire, ce qui représente une augmentation de 12 %.

De ces 800 millions de dollars, 235 millions ont été consacrés aux projets d'immobilisation dans le réseau, 280 millions ont permis de résorber le déficit accumulé des centres hospitaliers. Cent dix millions de dollars supplémentaires ont été versés à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.) et, en dernier lieu, d'autres sommes ont été prévues pour des développements tel celui des familles d'accueil.

Cent trente-trois millions ont contribué à augmenter la base budgétaire des centres hospitaliers et à leur accorder un coût de système. Cette notion de coût de système a été une nouvelle mesure introduite pour la première fois dans le budget des centres hospitaliers afin d'assurer une meilleure stabilité budgétaire des hôpitaux et permettre à leurs conseils d'administration de pouvoir mieux assumer leurs responsabilités.

1.1.1 Le désengorgement des urgences

Cent cinq millions de dollars du budget de fonctionnement pour trois ans ont été et seront consacrés au désengorgement des salles d'urgence. S'il reste encore des étapes à franchir, les résultats découlant de l'application de la première phase du plan des urgences révèlent une nette amélioration quant à la situation d'engorgement chronique que connaissaient les hôpitaux avant la mise sur pied du plan.

Le Conseil régional de la Santé et des Services sociaux du Grand Montréal pour sa part, a pu récupérer 269 lits aux fins d'occupation de courte durée. Dans la région de Québec, le pourcentage de lits de courte durée occupés par des personnes recevant des

soins de longue durée a diminué de 23 % entre les mois d'octobre 1986 et d'avril 1987.

De nouvelles ressources en santé mentale ont également été mises sur pied. Huit centres de crise ont notamment été créés.

Les hôpitaux, C.L.S.C., C.S.S. et les foyers pour personnes âgées ont contribué au désengorgement des salles d'urgence. Ils ont également mis sur pied des services intensifs de maintien à domicile, soit des hôpitaux de jour et des centres de jour, soit des équipes de réadaptation à domicile ou autres.

1.1.2 Les priorités des C.L.S.C.

Le rapport Brunet contient également des recommandations dans le but d'améliorer les services offerts aux personnes. Il met en lumière la nécessité d'axer davantage l'action des C.L.S.C. vers trois priorités de base: la réduction des inégalités, le maintien en milieu naturel et un minimum de services partout au Québec. L'accent, selon le Rapport Brunet, doit être mis sur les services prioritaires à accorder à la population. C'est d'ailleurs à partir de cette orientation que s'est articulée la décision de donner suite aux principales recommandations du comité et, également, de parachever le réseau de services préférablement au réseau de structures.

1.1.3 Les mesures législatives

L'Assemblée nationale adoptait au printemps 1986 le projet de loi 75 qui prévoit la mise sur pied de plans régionaux d'effectifs médicaux afin de garantir, à moyen terme, aux populations des régions éloignées un accès plus grand aux médecins omnipraticiens et spécialistes grâce à une meilleure répartition de ces derniers. Cinquante postes d'entrée ont été réservés à des candidats qui acceptent de pratiquer quatre ans en régions éloignées.

Toujours dans le but de favoriser l'accessibilité des services aux personnes, une modification à la Loi sur les services de santé et les services sociaux a été adoptée l'automne dernier et permet dorénavant aux personnes de langue anglaise d'obtenir les services requis dans leur langue. Mentionnons finalement la mise sur pied d'un groupe de travail afin de donner aux communautés culturelles un meilleur accès aux services sociaux et de santé.

1.1.4 Une convention collective négociée

Le M.S.S.S. est conscient de la grande richesse que constitue l'ensemble de ses ressources humaines et souhaite leur assurer une évolution professionnelle satisfaisante tout en respectant leur compétence et leur autonomie. À cet égard, la négociation des conventions collectives, qui s'est déroulée sans perturbation importante des services offerts par le réseau de la santé et des services sociaux, a contribué grandement à motiver le personnel et a su démontrer la volonté du Ministère d'établir une relation de respect et de confiance avec ses employés.

1.2 La structure administrative en 1986-1987

La structure administrative existante au début de l'année financière 1986-1987 était mixte, c'est-à-dire fonctionnelle pour des préoccupations dites horizontales comme les relations de travail et par activités pour les programmes-réseau sans toutefois de présence marquée dans les volets territoriaux.

Les fonctions de services du Ministère, à savoir: prévention de la maladie, amélioration du système de santé, recouvrement de la santé et réadaptation sociale, sont assumées par un réseau complexe et diversifié de quelque 900 établissements publics et privés et desservent une clientèle tout autant variée, allant de la jeunesse aux personnes âgées et passant des services communautaires aux traitements médicaux ultra-spécialisés.

Après une dizaine d'années de pratique avec cette structure, le M.S.S.S. était confronté à des situations nécessitant une correction de tir. De nombreux problèmes étaient causés par la présence de seulement deux directions générales "réseau", soit les programmes de santé et les programmes de services sociaux. En plus d'être l'objet de tensions administratives importantes et permanentes, cette situation créait une charge de travail telle (lourdeur, diversité et complexité) qu'elle était un empêchement à la capacité de gestion. De plus, elle avait fait trop longtemps négliger le volet prévention et promotion de la santé.

Il y avait également un morcellement important des fonctions de planification et de définition de politiques ministérielles qui empêchait le développement d'expertise et de masse critique nécessaire à la position stratégique du Ministère face aux problèmes auxquels sera confronté le Québec d'ici l'an 2000.

Cet effet de morcellement se faisait également sentir dans plusieurs autres secteurs d'activités tels que la gestion budgétaire et financière (c.-à-d. les systèmes financiers eux-mêmes, les normes et pratiques de gestion, les méthodologies de mesure de performance, etc.) et la gestion du parc immobilier, des emplacements à louer et des équipements, dont ceux de haute technologie. En ce qui concerne plus particulièrement le contrôle des situations financières des établissements du réseau, une Direction générale du budget et des contrôles financiers diluait l'imputabilité sous-ministérielle des autres directions générales à cet égard.

Il règnait également à l'intérieur du réseau une certaine confusion autant au niveau des administrations elles-mêmes que de la clientèle desservie. Cette confusion s'exprimait sous différentes formes et portait à s'interroger entre autres:

— sur le rôle auprès de la jeunesse, des Centres locaux de services communautaires, des Centres de services

sociaux et des Centres d'accueil de réadaptation pour jeunes mésadaptés socio-affectifs ;

— sur le rôle auprès des personnes âgées des Centres locaux de services communautaires, des Centres de services sociaux, des Centres hospitaliers, des Centres hospitaliers de soins de longue durée et des Centres d'accueil d'hébergement ;

— sur le rôle du Ministère et des conseils régionaux dans la confection et l'implantation des plans de services régionaux, le financement et le suivi des activités du réseau et certains autres mandats déjà décentralisés au profit des conseils régionaux de la santé et des services sociaux.

Toutes ces situations ambiguës ainsi que les constats exposés précédemment freinaient les efforts du Ministère dans la recherche d'une meilleure efficacité de ses actions.

1.2.1 Les objectifs visés par la réforme

- Développement d'une véritable préoccupation de planification afin d'être mieux en mesure d'orienter les activités du Ministère à moyen et à long termes.
- Recherche d'une approche par programme tout en assurant la correspondance avec les établissements responsables de leur réalisation et des clientèles à desservir.
- Homogénéité dans la structure en évitant d'avoir des divisions territoriales qui varient d'une direction générale à l'autre et des variations importantes dans l'articulation des quatre fonctions clés dans les relations avec le réseau: programmation, liaison, budgétisation et contrôle.
- Décloisonnement entre les secteurs de la santé et des services sociaux par le développement d'approches et de stratégies intégrant ces deux dimensions complémentaires.
- Regroupement, dans la mesure du possible, des préoccupations touchant une même clientèle sous une même unité de gestion.
- Regroupement de certaines activités pour en faciliter la coordination, dont les questions financières en termes de normes et de pratiques de la gestion des équipements.
- Liquidation des ambiguïtés présentes dans la structure, notamment celles résultant de la présence d'organismes dont les mandats peuvent chevaucher ceux d'unités administratives du Ministère.
- Clarification des relations avec les conseils régionaux et les associations d'établissements.
- Harmonisation des systèmes d'information du Ministère avec ceux du réseau, de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (R.A.M.Q.) et des organismes.
- Développement d'une véritable préoccupation dans la gestion des ressources humaines, afin d'obtenir une meilleure utilisation et une plus grande mobilité du personnel.
- Meilleure répartition des charges de travail des sous-ministres adjoints afin qu'ils puissent consacrer plus de temps et d'énergie à la gestion.

1.2.2 La proposition

La proposition de restructuration administrative s'est inscrite, dans une démarche d'amélioration et non dans des essais qui risquaient de susciter des réactions négatives et la démobilisation. Ainsi, une structure mixte a été maintenue mais en y ajoutant une préoccupation régionale.

Création de sept directions générales en remplacement des six existantes:

— planification et évaluation,
— prévention et services communautaires,
— recouvrement de la santé,
— réadaptation et services de longue durée,
— relations de travail,
— équipements et services,
— budget et administration.

Organisation des trois directions générales réseaux autour de deux axes:

— programmes, y compris le contrôle de la qualité ;
— liaison, y compris la budgétisation et le contrôle.

Dans chaque cas cependant, la liaison s'est développée selon le même modèle géographique: région du Grand Montréal, régions centrales et régions périphériques.

Regroupement à la Direction générale de la planification et de l'évaluation des dimensions planification stratégique, recherche, politique et évaluation de programmes.

Création de la Direction générale des équipements et services oeuvrant auprès du réseau et du Ministère. Elle regroupe la Direction de la construction, le Service-conseil en approvisionnement et équipement, le secteur des mandats décentralisés à la Direction générale des programmes de services sociaux et les services suivants rendus à l'intérieur du Ministère: communications, aménagement, approvisionnement, messagerie.

Intégration des services de données financières et opérationnelles, des procédures administratives et financières des directions générales réseaux de même que de l'unité responsable du budget interne du Ministère aux opérations budgétaires centrales. Fusion de ces activités avec celles de la Direction des systèmes d'information et de la Direction des ententes fédérales-provinciales pour former la Direction générale du budget et de l'administration. S'ajoute à cette unité la Direction des ressources humaines.

Intégration au cabinet du sous-ministre des relations avec les conseils régionaux et les associations d'établissements.

L'année 1987-1988 sera une année d'ajustement et de mise en place de la nouvelle structure. Il est probable que certains changements seront apportés si, à l'analyse, on convient de la nécessité de revoir certains aspects.

1.3 Les orientations de 1987-1988

En 1987-1988, l'un des premiers défis pour le ministère de la Santé et des Services sociaux est de mieux évaluer les problèmes actuels et futurs et de trouver les réponses les plus satisfaisantes possibles face à la complexité et à la multiplicité de ces problèmes. Le second défi consiste à privilégier la primauté des services à la personne par rapport aux structures. À cette fin, le plan d'action prévu par le Ministère pour 1987-1988 viserait trois niveaux d'intervention.

Le premier niveau d'intervention

Le premier ferait état des situations problématiques vécues par différents groupes de personnes, souvent parmi les plus vulnérables et des résultats que l'on désire atteindre. Ainsi, en 1987-1988, une attention particulière pourrait être accordée aux priorités suivantes.

La santé mentale

Le Ministère souhaite répondre aux besoins les plus pressants de la clientèle aux prises avec des problèmes psychiatriques, en donnant suite au rapport du Comité Harnois chargé d'élaborer une politique de santé mentale. De nouveaux crédits devraient être consentis afin de commencer à implanter cette politique.

Les abus et la violence envers les personnes

Le Gouvernement entend contrer encore plus vigoureusement la violence dont sont victimes autant les enfants que les femmes et les personnes âgées.

En ce qui concerne les enfants battus et abusés sexuellement, le Ministère devrait injecter les sommes nécessaires afin d'accélérer la prise en charge des cas en attente; les maisons d'hébergement qui viennent en aide aux femmes victimes de violence ainsi que les groupes d'aide aux hommes agresseurs verraient également leur action soutenue par l'ajout de crédits. Quant aux abus envers les gens âgés, un groupe de personnes, comprenant entre autres des aînés, travaillerait à l'élaboration d'un plan d'action qui permettrait d'apporter des solutions efficaces pour contrer cette violence encore peu connue.

L'accessibilité aux services

Le Ministère entend continuer ses efforts dans le but d'améliorer la qualité et l'accessibilité des services offerts par les centres hospitaliers en stabilisant davantage les budgets de ces derniers, en leur permettant de conserver leur surplus d'opération budgétaire, en réalisant la seconde phase du plan de désengorgement des urgences et, finalement, en renouvelant et en modernisant les équipements médicaux.

Les personnes âgées

En 1987-1988, la priorité d'action irait aux personnes âgées. Les gestes posés par le M.S.S.S. devraient être axés principalement sur le maintien de l'autonomie des aînés.

En plus de l'augmentation des services intensifs de maintien à domicile, les C.L.S.C. devraient accroître leur action au domicile des personnes âgées.

L'alourdissement des clientèles dans les foyers d'accueil est aussi un problème qui ne peut souffrir d'inaction. Le Gouvernement devrait donc ajouter des crédits au budget des centres d'accueil et des centres hospitaliers de soins prolongés.

Le remplacement et l'amélioration de certains bâtiments vétustes seraient également une priorité afin d'offrir aux personnes âgées vivant dans un centre d'accueil privé toute la sécurité dont elles ont besoin.

La promotion de la santé

Le Ministère prévoit s'attaquer aussi à la prévention des maladies transmises sexuellement. Il existe déjà des programmes d'action en milieu scolaire. Nous voulons intensifier ces programmes et en développer d'autres, tenant compte entre autres d'un rapport soumis récemment sur l'incidence du sida.

L'alcoolisme et la toxicomanie

Afin d'aider les toxicomanes et les alcooliques à s'en sortir, de la meilleure façon possible, le M.S.S.S. entend élaborer un plan, d'une durée de quatre ans, visant la consolidation du réseau des services en toxicologie. Ce plan s'adresse surtout aux jeunes et s'articule autour de la mise sur pied de mesures préventives, de ressources de réadaptation externe et interne et de promotion de la recherche évaluative.

Les personnes handicapées

Le Ministère prévoit mettre sur pied, en 1987-1988, pour les personnes handicapées, un plan d'action qui, tout en favorisant la réinsertion sociale serait un outil permettant de rassurer les parents, les éducateurs et la population sur la façon de faire cette demande, sur le moment où il est préférable de la faire et sur la partie de la clientèle qui y est éligible.

En ce qui a trait au soutien apporté par l'Office des personnes handicapées du Québec aux personnes atteintes d'un handicap, nous prévoyons augmenter les crédits affectés à cet organisme.

La famille

Le Ministère souhaiterait déposer un projet de politique familiale à l'automne 1987. Auparavant, une consultation privée des organismes familiaux est prévue à partir d'un énoncé de politique présentant les lignes directrices privilégiées par le Gouvernement quant aux structures administratives et au premier plan d'action concerté des ministères.

Les jeunes sans abri

L'année 1987 a été reconnue l'année internationale des sans abri. Dans le cadre de cette année, le Ministère souhaiterait consolider le budget des maisons de jeunes et aider les jeunes qui ont besoin d'hébergement.

Le deuxième niveau d'intervention

Le second niveau d'intervention permettrait de mieux organiser le réseau face aux nouveaux problèmes identifiés par le Ministère. Ainsi, une réponse devrait être apportée aux recommandations de la Commission Rochon qui doit remettre son rapport à l'automne 1987. Le dossier de la réorientation des activités des C.L.S.C. ainsi que la réorganisation administrative du Ministère lui-même devraient également être complétés. De plus, le rôle et la place du secteur communautaire devraient être mieux définis. Finalement, des précisions devraient être apportées relativement aux rôles du secteur privé, des conseils régionaux, des conseils d'administration des établissements et des départements de santé communautaire.

Le troisième niveau d'intervention

Le dernier niveau d'intervention serait celui de soutien. Il se traduirait par la mise en place d'outils nécessaires au réseau et au Ministère afin de faire face aux problèmes déjà évoqués:

— travailler à l'application réelle des plans régionaux d'effectifs médicaux;

— revoir les critères d'allocation des ressources en fonction des besoins des populations à desservir ainsi que de la performance relative des établissements;

— consolider et développer de nouveaux systèmes d'information et mettre l'accent sur l'évaluation des résultats obtenus pour la clientèle;

— soutenir le secteur de la recherche afin d'en faire un levier d'action important pour le Ministère et le réseau de la santé et des services sociaux.

Partie II
Le bilan administratif

2.1 La gestion interne et le soutien

2.1.1 Le budget et l'administration

Sur la base des orientations gouvernementales en matière de services de santé et de services sociaux, le secteur du budget et de l'administration a pour mandat d'élaborer une politique de financement des établissements et des conseils régionaux, d'exploiter un système ministériel de gestion financière et des procédures afférentes et un système d'information pour les opérations administratives et financières du réseau.

Il voit à la préparation des prévisions budgétaires pour les établissements, les conseils régionaux et le fonctionnement interne du Ministère et détermine les normes en vertu desquelles les budgets des établissements sont agréés et les subventions accordées. Il contrôle la régularité et la conformité des engagements, dépenses et revenus du Ministère en regard des lois et règlements.

Il est également chargé de la négociation des ententes sur les programmes à frais partagés et coordonne les activités de réclamation des sommes dues par le gouvernement fédéral en regard de ces ententes.

Finalement, mentionnons qu'il procure à l'ensemble des unités administratives, l'expertise et le soutien requis pour la gestion des ressources informationnelles et humaines du Ministère.

Les objectifs de la Direction générale du budget et de l'administration visent à mettre de l'avant un processus de déréglementation, de simplification, de transparence et de cohérence ministérielles en matière de politiques financières et budgétaires, à collaborer à l'émission d'un guide sur la vérification externe dans le réseau socio-sanitaire et à réaliser les étapes préliminaires à l'élaboration d'un plan directeur des systèmes d'information.

Cette année, on retrouve parmi les projets majeurs de ce secteur: la conception administrative pour le développement d'un système budgétaire et financier applicable à l'ensemble des opérations budgétaires et financières du M.S.S.S., l'élaboration d'une méthodologie pour l'allocation du coût de système santé aux centres hospitaliers du Québec et la préparation d'un répertoire des règles ou principes de gestion des programmes et services du secteur de la santé et des services sociaux.

En plus de ses activités habituelles dans le secteur des relations de travail, de la dotation et du développement des ressources humaines, la Direction des ressources humaines s'est vu confier la responsabilité de l'application de la Loi sur la protection des non-fumeurs qui entrait en vigueur le 1er janvier 1987. L'implantation du programme "Aire-pure" s'est poursuivie et les employés ont pu bénéficier du programme "Vivre mieux sans fumer". Des sessions de formation portant sur le contrôle du stress ont également été offertes aux employés.

2.1.2 Les équipements et les services

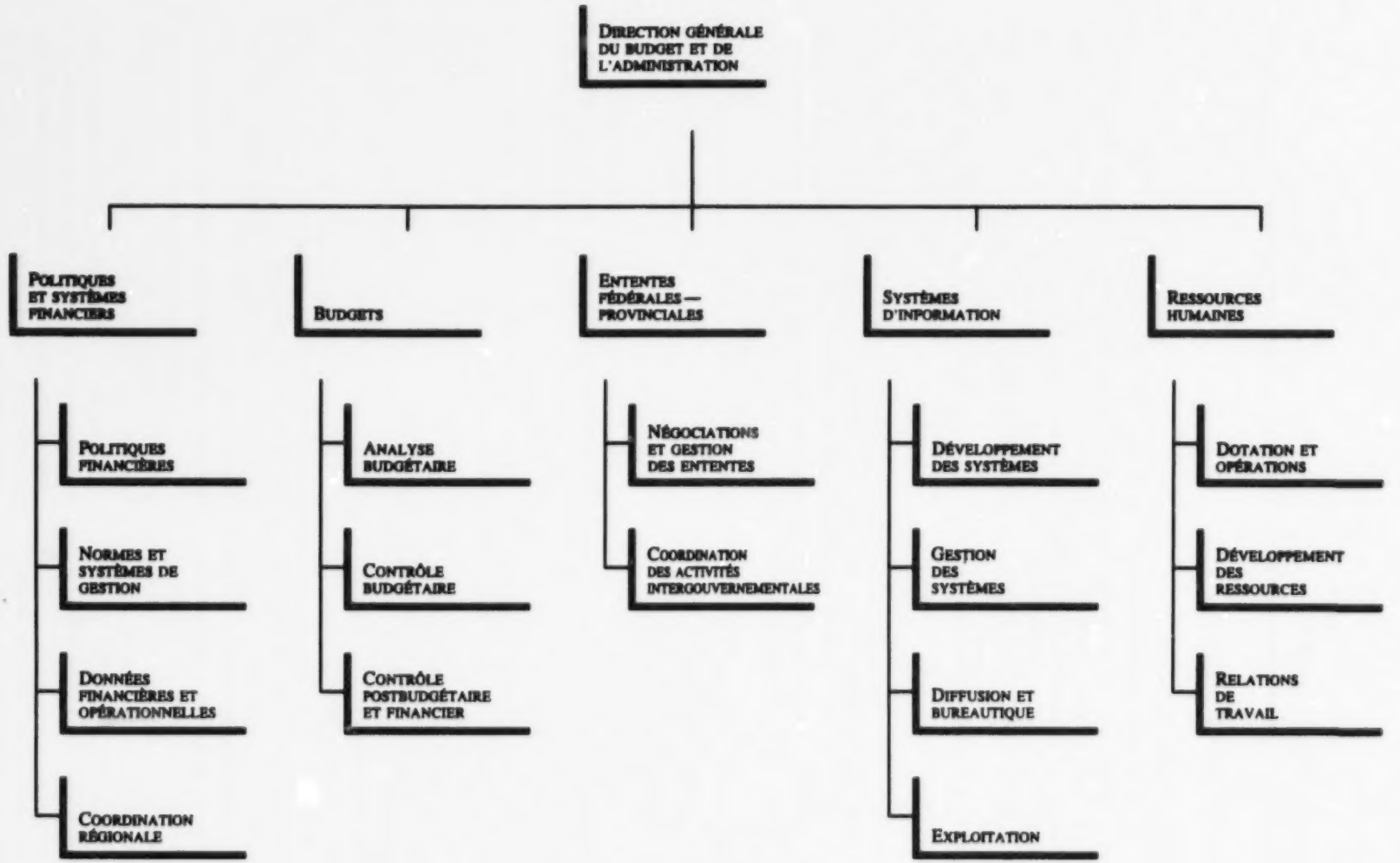
Le secteur des équipements et services a poursuivi sa gestion en matière d'aménagement, d'approvisionnements, de messageries et d'activités de communications pour le Ministère. La Direction a également poursuivi sa collaboration avec les directions du réseau afin de définir les politiques ministérielles afférentes à la gestion des besoins en espaces, en immobilisations, en équipements et en services du réseau, à l'exception de l'équipement biomédical.

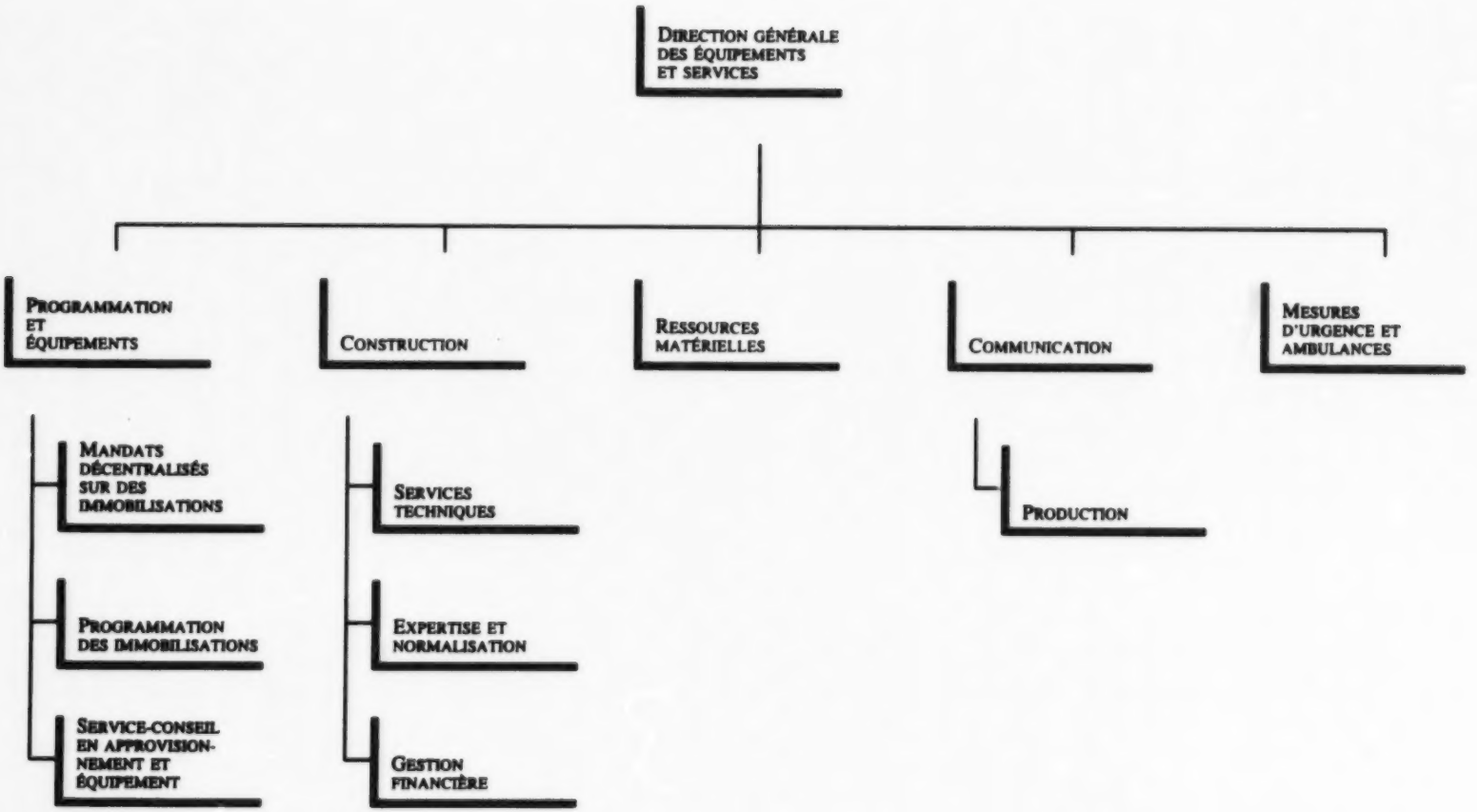
En 1986-1987, la réorganisation générale du Ministère ainsi que la rénovation de l'édifice Joffre au coût de 6 000 000 de dollars ont constitué des projets majeurs.

Le secteur des équipements et services est aussi responsable de la coordination des mesures d'urgence dans les établissements du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux et du respect des lois et règlements en ce qui concerne les services d'ambulance et l'implantation du système de fluoration des eaux de consommation.

La Direction des mesures d'urgence et des ambulances a procédé à l'évaluation de 192 entreprises avant l'attribution d'un permis d'exploitation d'un service d'ambulance et plus de 440 000 de dollars ont été consacrés à la formation du personnel ambulancier. Dans le dossier de la fluoration des eaux de consommation, plus de 70 usines de traitement des eaux ont été impliquées, nécessitant des déboursés de plus de 2 000 000 $ depuis l'instauration de ce programme.

Le secteur des communications a continué à jouer son rôle-conseil auprès des directions générales dans l'élaboration et la réalisation des programmes de communications à l'intention des clientèles ou des groupes spécifiques visés par les programmes ministériels.


DIRECTION GÉNÉRALE DU BUDGET ET DE L'ADMINISTRATION
POLITIQUES ET SYSTÈMES FINANCIERS
BUDGETS
ENTENTES FÉDÉRALES — PROVINCIALES
SYSTÈMES D'INFORMATION
RESSOURCES HUMAINES
POLITIQUES FINANCIÈRES
NORMES ET SYSTÈMES DE GESTION
DONNÉES FINANCIÈRES ET OPÉRATIONNELLES
COORDINATION RÉGIONALE
ANALYSE BUDGÉTAIRE
CONTRÔLE BUDGÉTAIRE
CONTRÔLE POSTBUDGÉTAIRE ET FINANCIER
NÉGOCIATIONS ET GESTION DES ENTENTES
COORDINATION DES ACTIVITÉS INTERGOUVERNEMENTALES
DÉVELOPPEMENT DES SYSTÈMES
GESTION DES SYSTÈMES
DIFFUSION ET BUREAUTIQUE
EXPLOITATION
DOTATION ET OPÉRATIONS
DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES
RELATIONS DE TRAVAIL


DIRECTION GÉNÉRALE DES ÉQUIPEMENTS ET SERVICES
PROGRAMMATION ET ÉQUIPEMENTS
CONSTRUCTION
RESSOURCES MATÉRIELLES
COMMUNICATION
MESURES D'URGENCE ET AMBULANCES
MANDATS DÉCENTRALISÉS SUR DES IMMOBILISATIONS
PROGRAMMATION DES IMMOBILISATIONS
SERVICE-CONSEIL EN APPROVISIONNEMENT ET ÉQUIPEMENT
SERVICES TECHNIQUES
EXPERTISE ET NORMALISATION
GESTION FINANCIÈRE
PRODUCTION

2.1.3 Le secrétariat du Ministère

Le Secrétariat a pour mandat d'assurer la coordination et le contrôle des activités relatives au cheminement et à la conservation des documents officiels du Ministère ainsi qu'au maintien et à la mise à jour du fichier des membres des conseils d'administration des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Il élabore et applique les démarches internes relatives à ces activités et à celles qui sont nécessaires au bon fonctionnement du Ministère. Il planifie et coordonne la remise annuelle des prix Persillier-Lachapelle.

Les Récipiendaires 1986

Prix d'excellence	Centre d'accueil Miriam, Chomedey, Laval
Prix mention d'honneur	C.L.S.C. Métro-Montréal
Prix pour l'amélioration des conditions de vie des bénéficiaires hébergés	Centre d'accueil Dante, Montréal
Prix pour le maintien à domicile (section établissement)	Maison Pie XII, Rouyn
Prix pour le maintien à domicile (section organisme)	Centre de bénévolat Saint-Basile-le-Grand
Prix pour l'amélioration des services offerts aux jeunes de 15 à 24 ans	Clinique de planification des naissances du Centre hospitalier régional de Rimouski
Prix pour l'intégration communautaire et l'amélioration des services en santé mentale	Centre hospitalier régional de Baie-Comeau

Le Secrétariat anime et coordonne le dossier de l'amélioration des relations du Ministère, des conseils régionaux et des établissements du réseau avec les citoyens et citoyennes. Il effectue, enfin, une mise à jour semestrielle de l'inventaire des comités du Ministère.

La Direction de la vérification interne

Afin de mener à bien son mandat d'évaluation et d'aide à la gestion, la Direction de la vérification interne a développé au cours des années l'utilisation de la méthode de la vérification intégrée. Cette méthode a pour but de s'assurer que les services publics sont dispensés avec discernement en regard de l'efficience et de l'économie.

Dans cette optique, trois nouveaux mandats ont été confiés à cette direction soit la gestion des ressources humaines, la gestion des transports par ambulance et la gestion des achats en commun. Elle a par ailleurs conclu un mandat commencé en 1985-1986, touchant le Service de soutien aux organismes communautaires.

La Direction a également continué à jouer son rôle de coordination et de support technique et professionnel dans le cadre du projet pilote de vérification intégrée dans certains établissements du réseau.

Le Secrétariat à l'adoption

Le Secrétariat à l'adoption veille à l'application, à la surveillance et au contrôle des lois et règlements relatifs à l'adoption ainsi qu'à la négociation d'ententes avec les pays étrangers, le gouvernement fédéral et les autres ministères québécois.

Depuis juin 1984, le Secrétariat a l'entière responsabilité de l'adoption internationale. Il est également responsable du programme à l'intention des réfugiés mineurs sans accompagnateur et représente le Ministère dans les cas de ressortissants mineurs devant être parrainés par des membres de leur famille. Le Secrétariat a émis, au cours de l'année 1986-1987, 168 autorisations pour des projets d'adoption internationale.

Le Service à la condition féminine

Le Service à la condition féminine planifie, développe et met en oeuvre des politiques d'intervention concernant les conditions de vie des femmes bénéficiaires des services de santé et des services sociaux, et de celles qui travaillent au Ministère et dans le réseau.

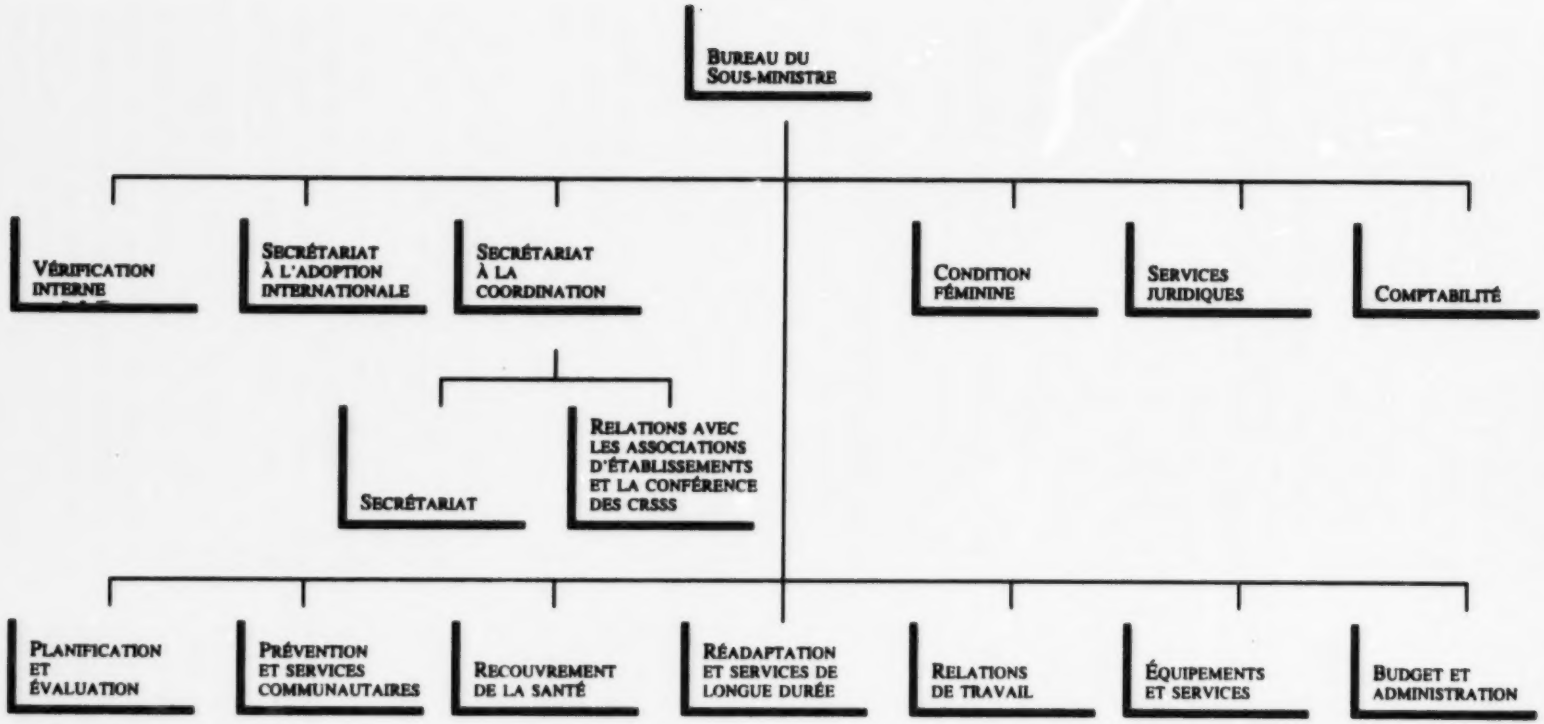
L'intervention du Service s'est principalement concentrée en 1986-1987 dans les secteurs du planning familial, de la périnatalité, de la violence, des programmes d'accès à l'égalité pour les femmes dans le réseau, de la promotion de la condition féminine au Ministère, du programme de formation et de condition féminine. Le Service a, de plus, pris en charge l'organisation de la journée du 8 mars et donné son appui à des projets féministes.

Le Service juridique

Le Service juridique voit à l'élaboration des lois et règlements concernant le Ministère, dans toute matière de nature légale pertinente à ses activités et agit comme conseiller légal sur les législations qui concernent le M.S.S.S.

Le Service de la comptabilité

Relevant du Contrôleur des finances, la Direction de la comptabilité a la responsabilité de tenir la comptabilité du Ministère, de certifier la disponibilité de


BUREAU DU SOUS-MINISTRE
VÉRIFICATION INTERNE
SECRÉTARIAT À L'ADOPTION INTERNATIONALE
SECRÉTARIAT À LA COORDINATION
CONDITION FÉMININE
SERVICES JURIDIQUES
COMPTABILITÉ
SECRÉTARIAT
RELATIONS AVEC LES ASSOCIATIONS D'ÉTABLISSEMENTS ET LA CONFÉRENCE DES CRSSS
PLANIFICATION ET ÉVALUATION
PRÉVENTION ET SERVICES COMMUNAUTAIRES
RECOUVREMENT DE LA SANTÉ
RÉADAPTATION ET SERVICES DE LONGUE DURÉE
RELATIONS DE TRAVAIL
ÉQUIPEMENTS ET SERVICES
BUDGET ET ADMINISTRATION

crédits en regard des engagements et des demandes de paiement, de voir au contrôle de l'application des lois, règlements et directives émis par les organismes centraux et le Ministère, de conseiller le Ministère sur différents sujets d'ordre administratif, budgétaire, comptable ou financier.

2.2 La Direction générale de la planification et de l'évaluation

Créée en 1986, la Direction générale de la planification et de l'évaluation est une direction fonctionnelle qui a d'abord un rôle de planification et d'évaluation dans le domaine de la santé et des services sociaux. Elle a aussi un rôle de support à l'action des directions générales—réseau. Elle a pour fonctions principales de clarifier la mission, le rôle et les priorités du Ministère; de proposer les orientations, les politiques et les plans d'action visant leur réalisation; de veiller à l'évaluation périodique des stratégies et programmes en incluant les attentes et les perceptions de la population; de veiller à l'orientation et à la coordination de la recherche dans le champ d'intervention du Ministère; de coordonner les activités de coopération internationale et interministérielle, de fournir les services de documentation et d'administrer les activités afférentes à la Loi d'accès à l'information et à la Loi sur les archives.

La nouvelle Direction générale de la planification et de l'évaluation a pour objectif de permettre le développement d'une véritable préoccupation de la planification afin d'être mieux en mesure d'orienter les activités du réseau à moyen et à long termes, de développer une expertise et une masse critique nécessaires à l'établissement de la position stratégique du Ministère face aux problèmes auxquels le Québec sera confronté d'ici l'an 2000, de permettre une meilleure intégration entre la santé et les services sociaux par le développement d'approches et de stratégies incluant ces deux dimensions complémentaires; de faire en sorte de mieux évaluer les résultats obtenus pour répondre aux problèmes actuels et aux nouveaux problèmes qui se poseront.

2.2.1 Des études socio-sanitaires

Parmi les différents travaux menés visant une meilleure connaissance de l'état de santé de la population et plus particulièrement l'identification et la définition des problèmes prioritaires des populations "à risque" ainsi que des facteurs de risque, une étude portant sur la géographie de la santé au Québec est parue en octobre 1986. Dans le cadre du système permanent de surveillance de l'état de santé de la population, deux recueils de données produites sur la mortalité ont été acheminés dans le réseau. Une étude portant sur la stérilité et l'infertilité est également parue en novembre 1986.

Le 17 novembre 1986, la ministre de la Santé et des Services sociaux annonçait le lancement d'une étude d'envergure visant à dresser un bilan de l'état de santé des Québécois.

"Santé Québec" est une recherche importante sur les problèmes de santé de la population. Les habitudes de vie des gens, leur consommation de services de santé seront mis en corrélation avec les problèmes de santé physique et mentale identifiés dans le cadre de cette recherche.

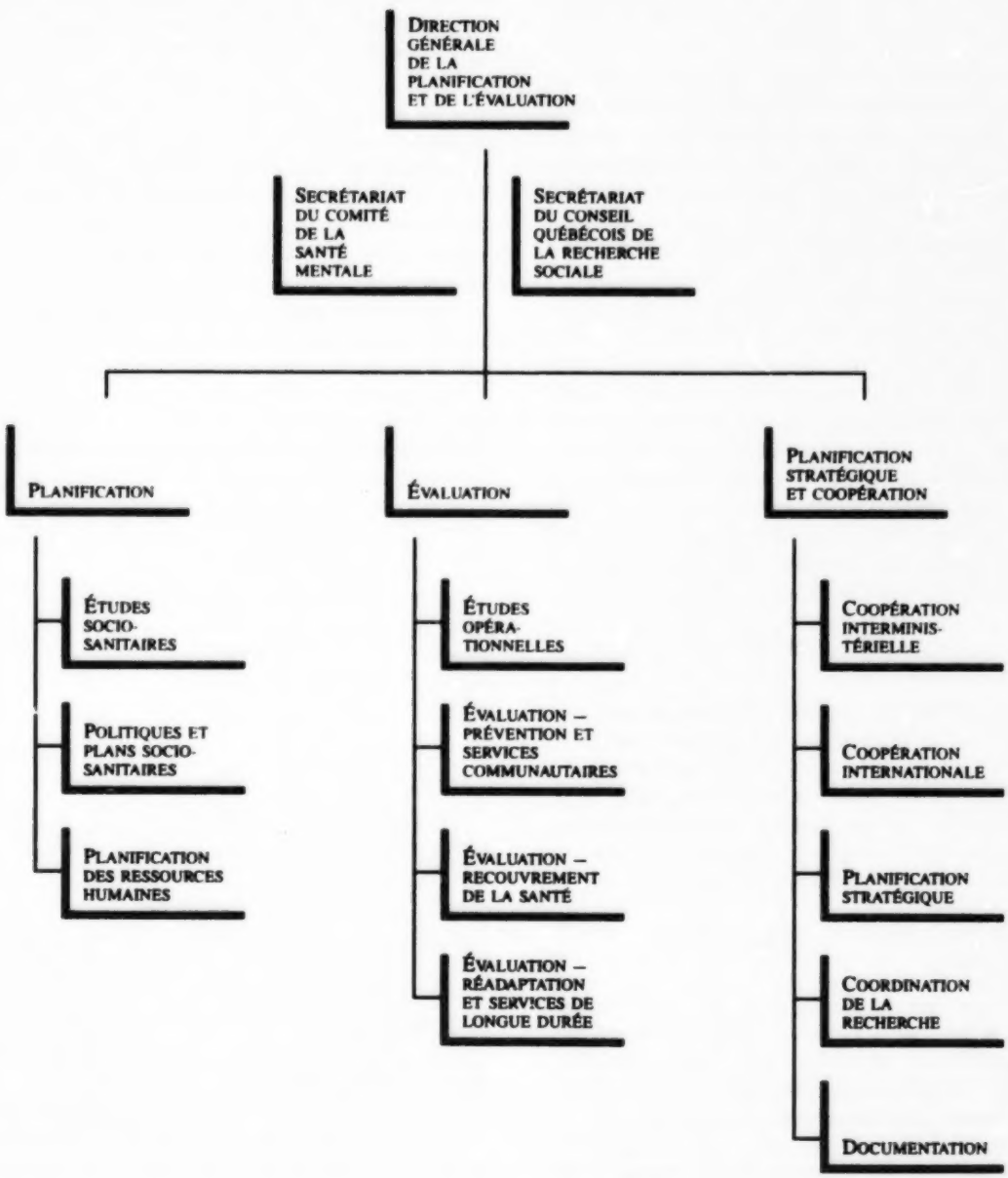
Cette enquête viendra combler un vide dans les données existantes et permettra aux planificateurs du Ministère et du réseau de mieux planifier et évaluer les programmes et services en fonction des besoins de la population.

"Santé Québec" a donc visité, à compter du mois de janvier 1987, 13 700 foyers choisis au hasard à travers tout le Québec. Les premiers résultats de l'étude devraient être connus au cours de l'été 1988. La firme Sorecom a réalisé les entrevues auprès de 13 700 ménages québécois. La réalisation de ce projet est le résultat d'une étroite collaboration entre le Ministère, les 32 départements de santé communautaire (D.S.C.) et le Bureau de la statistique du Québec.

2.2.2 La planification des effectifs médicaux

En juin 1986, la loi 75, qui visait à améliorer la répartition géographique des médecins était adoptée. Elle prévoyait que chaque établissement du réseau "centres hospitaliers, centres d'accueil et C.L.S.C." devait élaborer un plan d'organisation comprenant le nombre de médecins et de dentistes qui peuvent y exercer leur profession. Ce plan devait être soumis au Conseil régional avant le 1er avril 1987. De plus, chaque conseil régional devait élaborer un plan régional des effectifs médicaux et dentaires et le faire approuver par la ministre avant le 1er septembre 1987.

Au départ, le Ministère a voulu fournir aux conseils régionaux les critères qu'il utiliserait pour évaluer leurs plans: c'est pourquoi il a préparé et diffusé le *Cadre de référence pour l'évaluation des plans régionaux d'effectifs médicaux*. Ce document précise les objectifs de croissance et de décroissance du nombre d'omnipraticiens et de spécialistes dans chaque région pendant une période de trois ans, soit de 1987 à 1990. Par exemple, on y indique que la région du Grand Montréal a un objectif de décroissance du nombre de spécialistes de 269. Ce cadre de référence vise essentiellement des objectifs d'équité, permettant à chaque région d'avoir une part équitable des services médicaux dispensés au Québec. De plus, il favorise l'installation des médecins dans la région des bénéficiaires lorsque cela est possible, de façon à assurer une meilleure accessibilité et continuité des soins. Les objectifs de croissance et de décroissance découlent de l'analyse détaillée de la consommation des servi-


DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION
SECRÉTARIAT DU COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE
SECRÉTARIAT DU CONSEIL QUÉBÉCOIS DE LA RECHERCHE SOCIALE
PLANIFICATION
ÉTUDES SOCIO-SANITAIRES
POLITIQUES ET PLANS SOCIO-SANITAIRES
PLANIFICATION DES RESSOURCES HUMAINES
ÉVALUATION
ÉTUDES OPÉRATIONNELLES
ÉVALUATION – PRÉVENTION ET SERVICES COMMUNAUTAIRES
ÉVALUATION – RECOUVREMENT DE LA SANTÉ
ÉVALUATION – RÉADAPTATION ET SERVICES DE LONGUE DURÉE
PLANIFICATION STRATÉGIQUE ET COOPÉRATION
COOPÉRATION INTERMINISTÉRIELLE
COOPÉRATION INTERNATIONALE
PLANIFICATION STRATÉGIQUE
COORDINATION DE LA RECHERCHE
DOCUMENTATION

ces médicaux par la population de chaque région ainsi que de la mobilité des bénéficiaires et des médecins. De plus, le cadre de référence prévoit des objectifs réalistes qui peuvent être atteints au cours des trois prochaines années, c'est-à-dire avec les ressources actuellement disponibles ou en formation.

Aucun jugement n'est donc porté à partir de ce cadre de référence sur le nombre de médecins dont le Québec aura besoin dans le futur. Cette démarche relève plutôt de la Table de concertation sur la planification des effectifs médicaux.

La politique sur les postes d'internes et de résidents en médecine pour 1987-1988 a été élaborée et un mémoire a été transmis au Conseil des ministres en février 1987. On y prévoit, pour la deuxième année, 50 postes d'entrée en spécialité sur un total de 310. Ces postes comportent un engagement de pratique durant quatre ans dans une région ou un établissement insuffisamment pourvu de spécialistes. Les 35 postes autorisés pour les diplômés à l'extérieur du Canada et des États-Unis comportent un engagement identique.

Par ailleurs, dans le cadre des travaux du Comité consultatif fédéral-provincial sur les ressources humaines en santé, une étude sur les postes vacants en réadaptation fonctionnelle (physiothérapeutes, ergothérapeutes, audiologistes et orthophonistes) a été réalisée au printemps 1987. Pour mesurer les difficultés de recrutement, un questionnaire a été adressé à tous les employeurs potentiels de façon à établir le taux de vacance des postes.

2.2.3. Un projet de politique de santé mentale

En vue de mettre au point un projet de politique québécoise de santé mentale, la Ministre créait le 10 juillet 1986 un groupe de travail, présidé par le Dr Gaston Harnois. Ce groupe a réalisé un certain nombre de recherches, notamment sur les transformations du réseau de services de santé mentale et sur les services québécois et les besoins en santé mentale.

2.2.4 Des études et recherches évaluatives

Conformément au plan de désengorgement des salles d'urgence mis en place pour certaines régions (Québec, Trois-Rivières, Montréal, Laurentides-Lanaudière, Montérégie) au printemps 1986, deux rapports semestriels sur cette question ont été produits afin de suivre l'évolution de la situation. Les résultats démontrent une amélioration quant à l'engorgement chronique que connaissaient les salles d'urgence tant en ce qui a trait à la durée de séjour, où l'on note une diminution, qu'en ce qui a trait à l'achalandage pour la région de Montréal. Une recherche évaluative est également financée pour cerner l'impact des mesures de désengorgement.

La recherche sur la décentralisation vers les Conseils régionaux s'est poursuivie avec la publication, en décembre 1986, d'une étude menée par une équipe universitaire portant sur la perception des principaux intervenants touchés par la réalisation de cette décentralisation. En janvier 1987, une étude sur l'efficacité du programme d'autotraitement de l'hémophilie a été réalisée. Une étude sur l'utilisation des ressources humaines dans le secteur hospitalier au Québec a été publiée en août. Une autre étude, publiée en octobre, proposait une réflexion évaluative sur les programmes de services à domicile.

Des travaux ont été entrepris concernant la promotion et l'organisation de l'évaluation des technologies de la santé, les réseaux de soins coordonnés et la périnatalité. Une étude a démarré afin de dégager les profils de main-d'oeuvre médicale en psychiatrie. À maintes occasions, un soutien a été apporté à la Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux.

Un mandat d'analyse de l'action par le secteur des D.S.C. a été confié à un groupe de travail coordonné par le secteur de l'évaluation. Dans le secteur de la santé mentale, on a procédé à une analyse générale des données recueillies en 1985 sur l'ensemble des bénéficiaires admis dans les hôpitaux psychiatriques. Un autre projet de recherche a été préparé en vue de mesurer, sur une période de cinq ans, l'impact sur la clientèle et l'efficience d'un plan de transformation d'un hôpital psychiatrique.

D'autres travaux ont été entrepris concernant l'alourdissement des clientèles hébergées en établissement ainsi que la réintégration sociale des déficients intellectuels ayant vécu en centre d'accueil de réadaptation.

2.2.5 Le monitorage et l'instrumentation

L'examen des grands indicateurs évolutifs du système socio-sanitaire s'est poursuivi au cours de cette période. Le Ministère est coresponsable de la publication des statistiques annuelles de la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Parues en décembre 1986, elles dressent un portrait évolutif (1971-1985) des programmes administrés par la Régie: des données statistiques ont été produites relativement aux bassins de desserte des soins de courte durée pour les établissements hospitaliers du Québec.

La mise à jour de certaines données d'ensemble a donné lieu à diverses publications: *L'évolution des dépenses en santé et services sociaux; La structure des activités du rapport financier des établissements; L'évolution des dépenses gouvernementales pour la mission sociale* et *Le rapport annuel des nouveaux cas de cancer déclarés*.

2.2.6 La réorganisation et la planification stratégique

En réponse à la volonté d'apporter des correctifs à la structure administrative du Ministère, un nouveau plan d'organisation a été préparé. Ce plan d'organisation présente les mandats et fonctions de chacune des unités administratives.

Une réflexion a été conduite afin de mieux définir la planification stratégique et d'articuler les stratégies de mises en oeuvre au M.S.S.S. Cette réflexion s'est concrétisée par la conception du document *La planification stratégique au ministère de la Santé et des Services sociaux.*

2.2.7 Les réactions et les propositions en regard de la politique familiale

À la suite de la publication du rapport du Comité de consultation sur la politique familiale, un document présentant les réactions du Ministère a été transmis au Secrétariat à la politique familiale. Dans un deuxième temps, un plan d'action ministériel a été élaboré et également transmis au Secrétariat à la politique familiale.

2.2.8 La coopération internationale

Dans le secteur de la coopération internationale, 30 missions étrangères ont été reçues au Québec et 75 missions québécoises organisées à l'étranger, sans oublier la participation du Québec à la 39e Assemblée mondiale de la santé qui a eu lieu à Genève en mai 1986.

2.2.9 L'accès documentaire

Au cours de l'année écoulée, le Service de la documentation a répondu, entre autres, à près de 18 000 demandes de documents (volumes, articles de périodique, dossiers documentaires, etc.). De plus, dans le cadre du projet pilote d'informatisation des bibliothèques gouvernementales, le Service de la documentation a participé très étroitement à l'élaboration de la conception administrative du projet soumis au Conseil du trésor, pour approbation. Tout au cours de l'année, le Service de la documentation a poursuivi l'implantation du système de gestion documentaire dans les différentes unités administratives du Ministère. Le Service de la documentation a dû donner suite à près de 260 demandes d'accès à des dossiers de bénéficiaires ayant déjà reçu des services dans les établissements du réseau ayant fermé leurs portes ou changé de vocation.

2.2.10 L'accès à l'information

Responsable de l'application de la Loi sur l'accès à l'information (L.R.Q., chap. A-2.1), le Service de la documentation a dû répondre entre autres, à 48 demandes formelles d'accès à l'information et à 74 demandes de renseignements généraux et d'avis sur la loi.

2.3 La Direction générale de la prévention et des services communautaires

La Direction générale de la prévention et des services communautaires assure la conception et la mise en oeuvre de programmes de prévention, de promotion de la santé, de protection de la santé publique, de maintien à domicile, de services à la communauté, à la famille et à la jeunesse. Elle assure les liaisons auprès des départements de santé communautaire, des centres locaux de services communautaires, des centres de services sociaux, des centres d'accueil pour mésadaptés socio-affectifs, des centres pour jeunes mères en difficulté et des organismes communautaires.

Les objectifs de la Direction générale de la prévention et des services communautaires sont d'assurer la coordination des directions et activités de la Direction générale afin que la mise en oeuvre de programmes et de politiques soit conforme aux orientations des plans d'action ministériels; de favoriser la conception et le développement de programmes ou mesures jugés prioritaires pour l'années 1986-1987; d'assurer l'application adéquate de la réforme administrative du Ministère; de promouvoir l'harmonisation des mandats de chacune des directions dans le cadre de la réforme et de favoriser la concertation des partenaires, tant internes qu'externes afin d'atteindre les objectifs fixés par la ministre.

2.3.1 La promotion de la santé

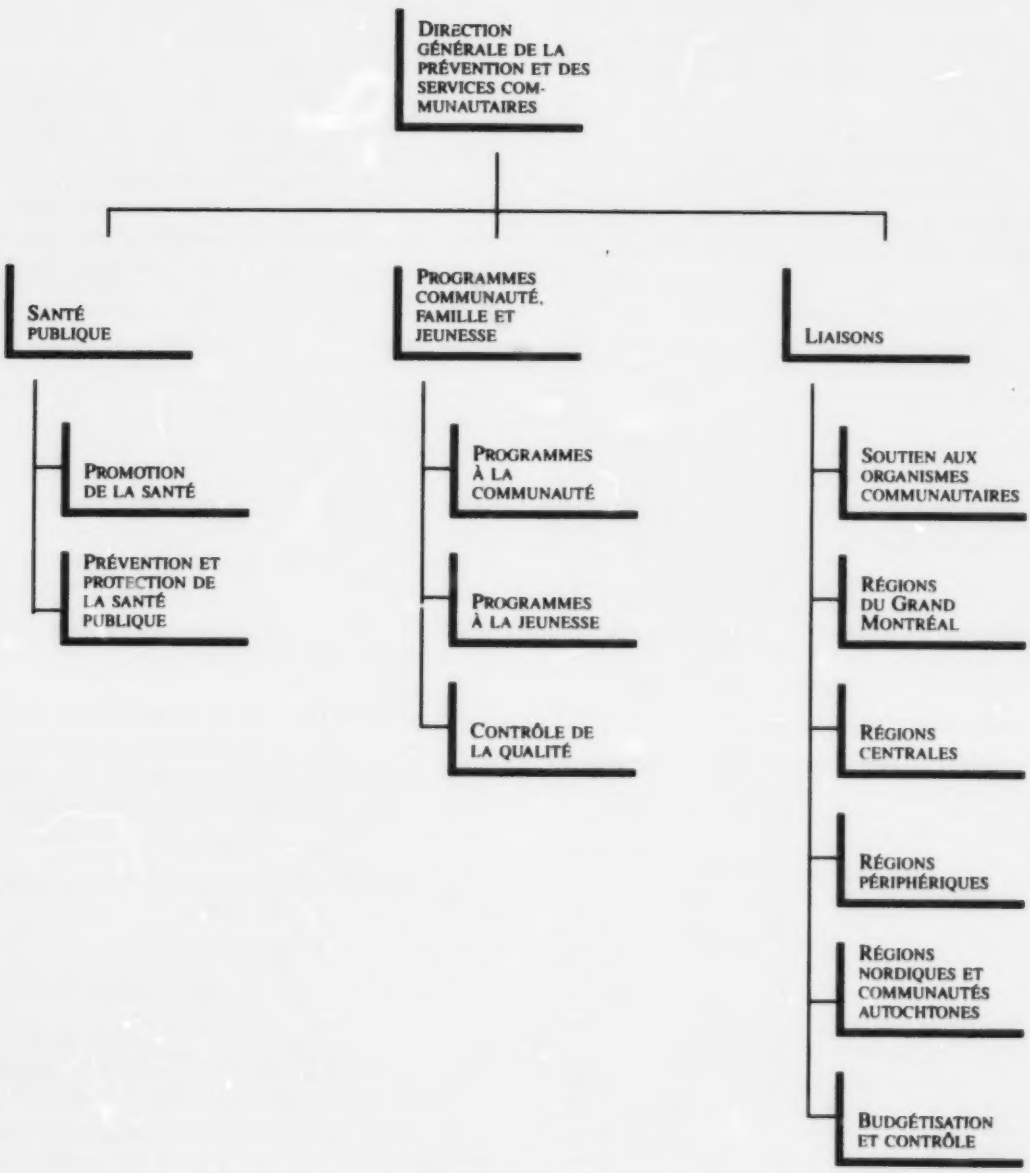
Un document intitulé *Éléments pour un plan d'action ministériel en promotion de la santé* a été élaboré au cours de l'année 1986-1987 et sera soumis à la consultation ultérieurement.

Une entente tripartite (ministère de la Santé et des Services sociaux — ministère de l'Éducation — ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation) a permis l'élaboration de voies d'action en matière d'alimentation pour le milieu scolaire.

La reprise du programme de fluoration a été un événement marquant de l'année. Il avait été interrompu depuis quelques années pour des raisons techniques.

En mars 1987, la fluoration atteignait environ 561 000 Québécois, soit 8,6 % de la population. De plus, des projets à divers stades d'avancement existaient dans quelques villes. Au cours de l'année, le Ministère a versé en subventions pour la fluoration un montant de 316 000 $, soit 110 000 $ pour des installations et 206 000 $ pour les fluorures.

Une assistance financière a été apportée aux différents organismes communautaires impliqués dans la


DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PRÉVENTION ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES
SANTÉ PUBLIQUE
PROMOTION DE LA SANTÉ
PRÉVENTION ET PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
PROGRAMMES COMMUNAUTÉ, FAMILLE ET JEUNESSE
PROGRAMMES À LA COMMUNAUTÉ
PROGRAMMES À LA JEUNESSE
CONTRÔLE DE LA QUALITÉ
LIAISONS
SOUTIEN AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES
RÉGIONS DU GRAND MONTRÉAL
RÉGIONS CENTRALES
RÉGIONS PÉRIPHÉRIQUES
RÉGIONS NORDIQUES ET COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES
BUDGÉTISATION ET CONTRÔLE

lutte contre le sida; 325 000 $ ont été versés au Comité Sida-Québec pour ses activités de prévention, d'information au public et aux professionnels, et de surveillance de l'évolution de l'infection. La Croix-Rouge a reçu 1 135 000 $ pour assurer la sécurité des produits sanguins et du sang destiné aux transfusions. Les Centres de dépistage (8) de l'infection au virus d'immuno-déficience humaine (V.I.H.) ont reçu 320 000 $ tandis que l'Association des ressources montréalaises contre le sida - A.R.M.S.recevait un montant de 10 000 $.

Le Ministère a aussi établi les bases d'une concertation avec le gouvernement fédéral relativement au versement futur de subventions à des organismes communautaires. Il faut enfin rappeler que l'État a payé tous les coûts des soins donnés aux personnes atteintes du sida.

En matière de santé au travail, la concertation des partenaires du réseau a été accentuée en collaboration avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Une première campagne de promotion des réalisations en santé au travail a été réalisée avec succès et des certificats d'excellence ont été remis à plusieurs entreprises dans toutes les régions du Québec. La conception et la planification du système de surveilance médico-environnementale de la santé des travailleurs ont été poursuivies en collaboration avec le Conseil de la santé et des services sociaux de la région de la Côte-Nord et les partenaires du réseau public.

2.3.2 Le Comité Brunet

La Direction générale a participé activement à l'ensemble des travaux du Comité Brunet chargé d'analyser les services dispensés par les C.L.S.C. Le Comité était présidé par M. Jacques Brunet, directeur général du Centre hospitalier de l'Université Laval.

2.3.3 Les familles d'accueil

La catégorisation des familles d'accueil a été implantée et s'est traduite par un ajout de plus de 10 millions de dollars au coût des primes et une augmentation de 60 postes pour l'encadrement des familles d'accueil dans les centres de services sociaux (2 millions de dollars). Cette mesure vise essentiellement à offrir des services mieux adaptés aux différentes clientèles que l'on retrouve dans ces ressources.

Entre le 1er avril 1986 et le 31 mars 1987, 82 nouvelles demandes d'aide financière à l'adoption et 228 demandes de renouvellement ont été acceptées en vertu du programme d'aide à l'adoption de Québécois mésadaptés, âgés ou handicapés en faveur de familles d'accueil qui les hébergeaient déjà.

2.3.4 L'engorgement des salles d'urgence

Un ensemble de mesures élaborées pour résoudre le problème d'engorgement des salles d'urgence des centres hospitaliers situés en milieu urbain a été implanté. La collaboration de la Direction générale s'est actualisée à deux niveaux soit l'élaboration et l'implantation du programme de services intensifs de maintien à domicile (SIMAD) pour lequel un budget de 16 millions de dollars a été consenti et la mise en place de la ressource "résidence d'accueil" qui, pour sa part, nécessitait un budget de l'ordre de 1 million de dollars.

2.3.5 Les mésadaptés socio-affectifs

Une démarche de deux ans et demi coordonnée par le M.S.S.S. a permis la production d'un *Guide d'orientation et d'organisation* en vue de s'assurer que les centres de réadaptation pour mésadaptés socio-affectifs s'engagent dans la mise en opération des lois sur des bases communes de pensée, de discours et d'action. Ce guide est le résultat du travail d'un comité présidé par M. Michel Bélanger du M.S.S.S. Les travaux de ce comité ont débouché sur un ensemble de propositions qui furent déposées au Ministère à la fin de mars 1987.

2.3.6 La protection de la jeunesse

L'élimination des listes d'attente de situations d'enfants, signalées aux directeurs de la Protection de la jeunesse des centres de services sociaux, constitue une priorité absolue. Un montant de 1,6 million de dollars a déjà été investi. Des sommes additionnelles et une réévaluation des pratiques sociales dans ce domaine seront nécessaires si l'on veut mettre fin à ce problème. Les objectifs de cette démarche visent la concertation régionale et l'implication active des différents types d'établissements face à cette problématique, la réduction des cas en attente chez les directeurs de la Protection de la jeunesse ainsi que l'identification des moyens pour prévenir cette situation.

Un mandat conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de la Justice a été confié à un groupe de travail interministériel pour élaborer une politique d'intervention socio-judiciaire en matière d'abus sexuels et de mauvais traitements physiques infligés aux enfants.

Les travaux du groupe sont présentement en cours. Ils visent à harmoniser les moyens et recours offerts par la Loi sur la protection de la jeunesse et le Code criminel en matière d'abus sexuels ainsi qu'à assurer la complémentarité et la coordination des moyens d'intervention dans le respect de l'intérêt de l'enfant. De plus, les directeurs de la Protection de la jeunesse ont convenu d'un mécanisme d'orientation uniforme dans les situations d'enfants victimes d'abus sexuels.

Une politique relative à l'application de la mesure probatoire en vertu de la Loi sur les jeunes contreve-

nants a été élaboré au cours de l'année 1986-1987. Elle permettra de rendre l'application de la mesure probatoire plus uniforme, cohérente et fonctionnelle dans tous les centres de services sociaux de la province.

Le Ministère a investit 4 millions de dollars pour ajuster et corriger certaines lacunes conséquentes au cadre de partage "centres de services sociaux — centres locaux de services communautaires."

2.3.7 Les organismes communautaires

L'action des organismes communautaires et leur rôle novateur dans le cadre du processus de prise en charge des clientèles ont été accentués au cours de l'année 1986-1987 par une participation intensive aux travaux de la Commission Rochon, par la consultation d'experts et par la présentation de mémoires à la Commission afin de raffiner l'état de la situation des organismes communautaires et d'identifier des pistes d'orientations.

Le Ministère a attribué à 1 044 organismes, des subventions de l'ordre de 26 152 401 $ pour une augmentation de 724 331 $.

Le secteur des services à la communauté a reçu un montant de 4 647 462 $, celui des services aux femmes, 7 519 888 $. Le secteur des services à la jeunesse a bénéficié de 9 099 250 $ et 4 885 801 $ ont été versés au secteur du maintien à domicile.

L'année 1986-1987 a été marquée par des demandes de crédits additionnels pour la consolidation du secteur des maisons de jeunes et des centres d'hébergement dépannage jeunesse. Le volet maisons d'hébergement pour femmes en difficulté et victimes de violence fera l'objet d'un travail important pour un financement triennal plus adéquat.

Le Ministère a poursuivi la mise en oeuvre de politiques d'aide aux femmes violentées par la réalisation du programme de formation réseau destiné aux intervenantes du secteur public, par la mise sur pied de comités interministériels sur les actions conjointes et complémentaires des ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Justice et du Solliciteur général et par la mise en marche d'un plan de communication.

La participation de la Direction générale au dossier de la politique familiale, où les organismes familiaux sont largement impliqués de même que les organismes qui s'occupent de violence conjugale, est à souligner.

2.3.8 Les communautés autochtones

Plusieurs projets de développement et de politiques ont vu le jour pour les communautés autochtones dans différentes régions du Québec: de nouvelles constructions ont vu le jour dans plusieurs villages des régions 10-A et 10-B afin de rendre plus accessibles aux populations les services de santé et les services sociaux.

Le rapatriement du Service du Nouveau-Québec, de Radisson à Québec, s'est concrétisé en décembre 1986. Ce service a été implanté le 1er avril 1985 dans le cadre de la décision gouvernementale à l'effet de faire de Radisson la capitale régionale du Nouveau-Québec.

Le 1er avril 1986, la ministre de la Santé et des Services sociaux a approuvé le rapport du groupe de travail sur la prestation des services sociaux en milieu autochtone.

La signature et l'application de l'Entente sur le mercure est intervenue le 6 novembre 1986 entre le gouvernement du Québec, l'Hydro-Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Grand Conseil des Cris du Québec.

Le volet des services sociaux et particulièrement les services de la protection de la jeunesse et de prévention de l'abus des drogues a fait l'objet d'une intervention suivie de la part du Service, en concertation avec les établissements des régions 10-A et 10-B.

2.4 La Direction générale du recouvrement de la santé

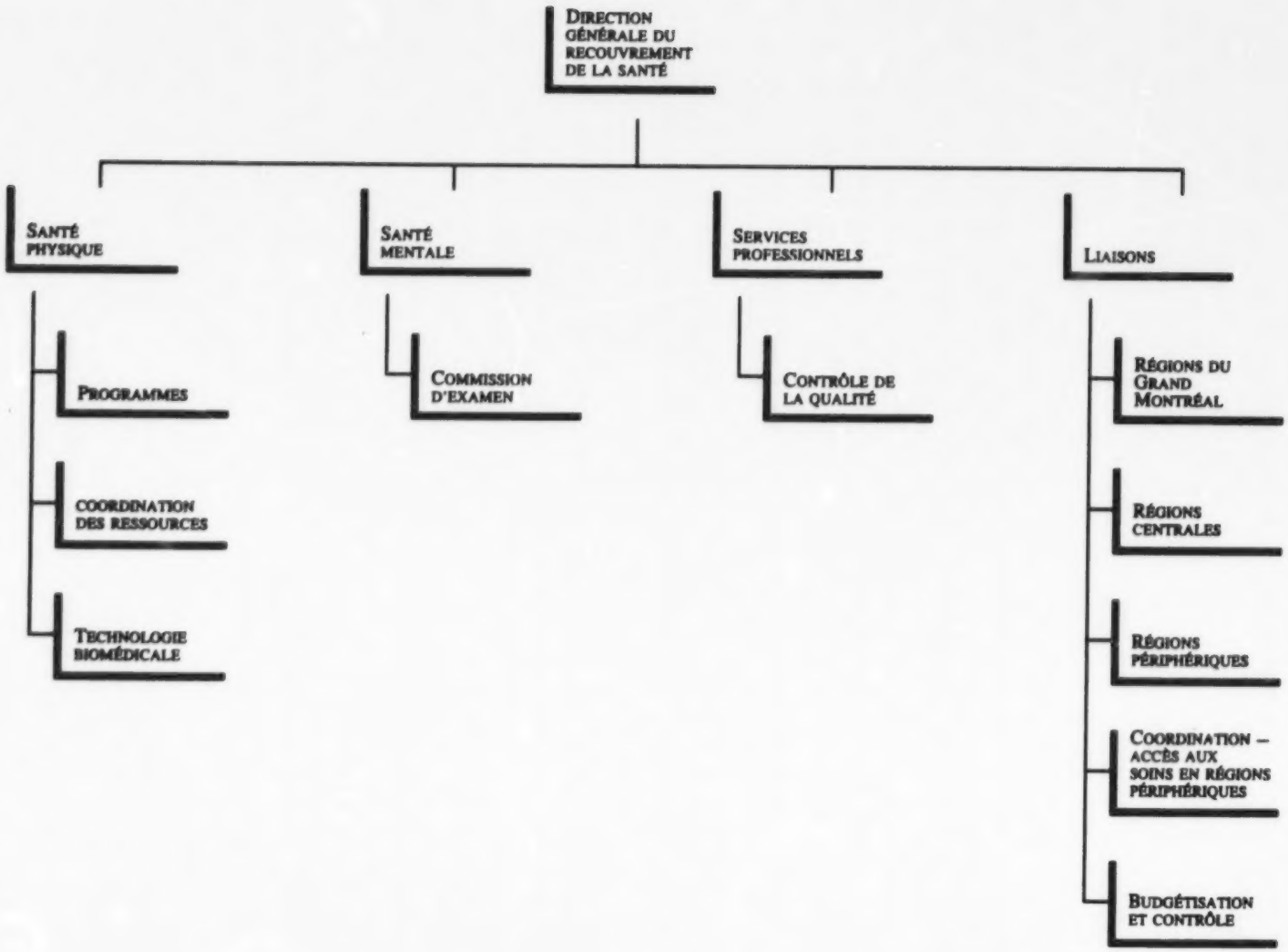
La Direction générale du recouvrement de la santé assure la conception et la mise en oeuvre de programmes de maintien et d'amélioration de la santé physique et mentale. Elle assure la liaison auprès des centres hospitaliers de courte durée et des centres hospitaliers oeuvrant dans le domaine de la santé mentale.

En conformité avec les orientations, les politiques et les plans d'action ministériels, elle élabore et met en oeuvre des programmes afin de répondre aux besoins physiques, psychiques et sociaux des individus en matière de recouvrement, de maintien et d'amélioration de la santé physique et mentale.

La Direction générale assure le suivi des services, des programmes et de la budgétisation des établissements et organismes concernés ainsi que l'adéquation des besoins et des services offerts à la population par le biais du développement et de la réaffectation des ressources des établissements et organismes concernés. Elle est également responsable des liaisons avec les corporations professionnelles du secteur de la santé et veille à la qualité des services rendus par les établissements et au respect des lois et règlements. Finalement, elle oriente les travaux du Conseil consultatif de pharmacologie.

2.4.1 Les plans régionaux de service

L'élaboration, l'application et le suivi des plans régionaux de service ayant été reconnus comme objectifs de première importance, la Direction a proposé


DIRECTION GÉNÉRALE DU RECOUVREMENT DE LA SANTÉ
SANTÉ PHYSIQUE
PROGRAMMES
COORDINATION DES RESSOURCES
TECHNOLOGIE BIOMÉDICALE
SANTÉ MENTALE
COMMISSION D'EXAMEN
SERVICES PROFESSIONNELS
CONTRÔLE DE LA QUALITÉ
LIAISONS
RÉGIONS DU GRAND MONTRÉAL
RÉGIONS CENTRALES
RÉGIONS PÉRIPHÉRIQUES
COORDINATION – ACCÈS AUX SOINS EN RÉGIONS PÉRIPHÉRIQUES
BUDGÉTISATION ET CONTRÔLE

une réflexion ministérielle afin de clarifier les concepts, la démarche, l'importance de l'approche et son influence sur le fonctionnement de tout le réseau de la santé et des services sociaux, et de convenir des outils de travail à mettre en commun.

2.4.2 Les services gériatriques

La promotion et le suivi de l'implantation des services gériatriques dans les centres hospitaliers se sont actualisés par la promotion des nouveaux concepts d'organisation gériatrique (équipe de consultation externe gériatrique, réadaptation moyen séjour, services complémentaires de gériatrie dans les régions périphériques) et par l'évaluation des 10 hôpitaux de jour existants. Des recommandations pour améliorer leur fonctionnement ont également été formulées.

2.4.3 La répartition des ressources

Afin de promouvoir et de développer l'application de programmes de normes et critères de répartition de ressources inhérentes aux services de santé physique de courte durée, des dossiers majeurs ont été élaborés: la mise à jour et l'application des critères d'affectation et de partage des ressources dans le cadre des programmes fonctionnels et techniques soumis au Ministère par les établissements; l'analyse, la conception, l'application et le soutien à des programmes touchant, notamment, l'implant cochléaire, l'hormone de croissance, l'apnée infantile, les laryngectomisés, les grands brûlés, et la participation active à des groupes de travail sur la transplantation d'organes.

2.4.4 La technologie biomédicale

Dans le domaine de la technologie biomédicale, plusieurs dossiers ont retenu l'attention dont ceux qui sont reliés au renouvellement de l'équipement médical, à l'équipement médical nécessaire à l'arrivée et à la rétention de la main-d'oeuvre médicale dans les régions éloignées ainsi qu'à la haute technologie biomédicale. De plus, il convient de mentionner l'étude effectuée sur la situation de la radiothérapie au Québec.

2.4.5 La santé mentale

Afin de répondre aux mandats d'analyse des problématiques en santé mentale et d'identification de priorités et stratégies en cette matière, mentionnons plusieurs réalisations: collaboration aux travaux du Comité de politique en santé mentale; soutien à la réorganisation de certains centres hospitaliers psychiatriques; élaboration d'un cadre de référence sur les ressources communautaires en santé mentale, en collaboration avec des représentants du Ministère, du réseau et des ressources communautaires; réflexion sur la planification régionale des services en santé mentale et sur les outils à développer pour appuyer les conseils régionaux; participation à une réflexion concernant une meilleure répartition des effectifs médicaux en psychiatrie et identification de mesures pour pallier les iniquités régionales en cette matière, en concertation avec les milieux concernés; participation à l'élaboration d'un protocole sur l'accès aux services de santé et aux services sociaux pour les personnes contrevenantes adultes. Les autres intervenants étant le ministère de la Justice et le Bureau du solliciteur général.

2.4.6 La Commission d'examen

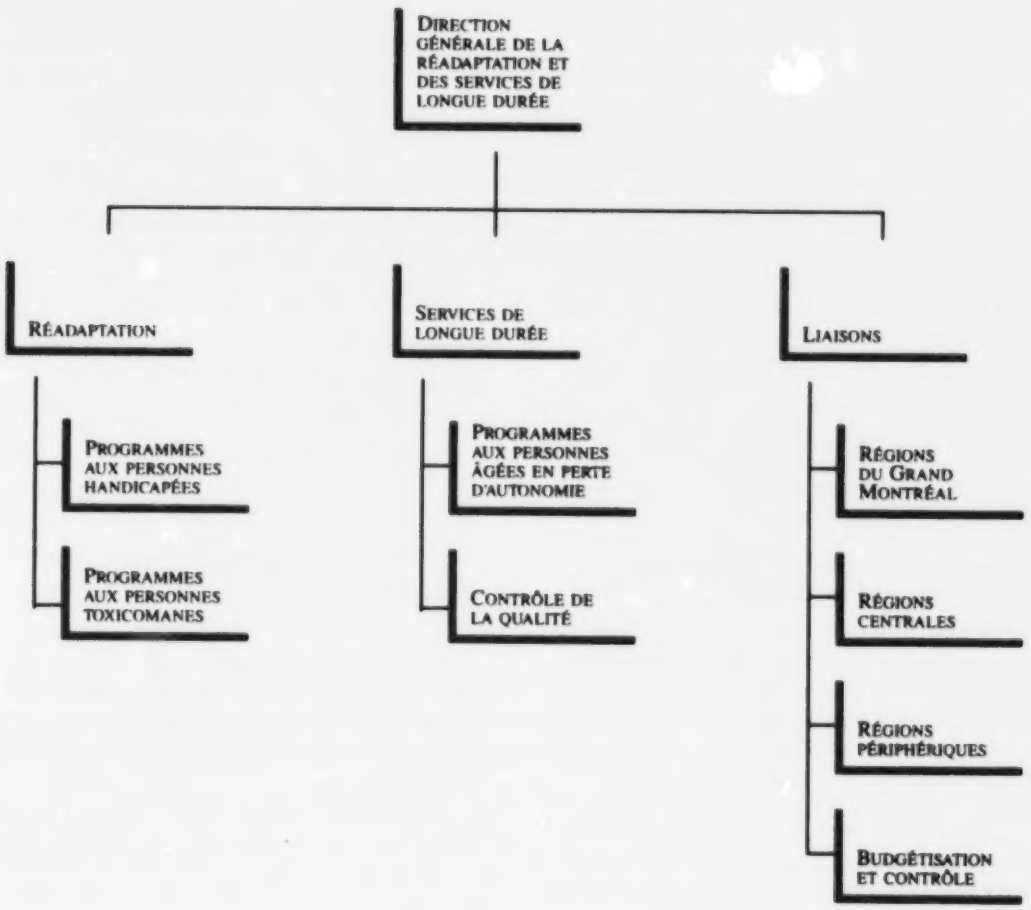
Le mandat de la Commission d'examen consiste à examiner périodiquement le cas de chaque personne qui, à la suite d'une accusation portée contre elle, a été déclarée, pour cause d'aliénation mentale, soit inapte à subir son procès soit, si elle a subi son procès, non coupable.

La Commission d'examen est formée de sept membres: deux avocats et cinq psychiatres. Il s'agit de Me Monique Perron, présidente, de Me Guy Parrot et des docteurs Jean-Marie Albert, Dominique Bédard, Charles-H. Cahn, Jacques Labrie et Philip Rodney Bec.

Du 1er avril 1986 au 31 mars 1987, la Commission a rencontré 420 patients dont 376 hommes et 44 femmes.

2.4.7 Des interventions spécifiques

À titre d'interlocuteur du Ministère auprès des conseils régionaux et des établissements, concernant les services dispensés par les centres hospitaliers de courte durée, la Direction générale du recouvrement de la santé a mis en place certaines mesures: l'application du plan de désengorgement des urgences pour les régions de Québec, Trois-Rivières, Montréal-métropolitain, Laurentides-Lanaudière et la Montérégie; le règlement des déficits en mars 1986, au montant de 280 millions, faisant suite à une décision de la ministre de prendre à sa charge les déficits antérieurs à 1986 afin de faciliter la mise en place de mesures d'équilibre budgétaire; l'opération équilibre budgétaire par laquelle les centres hospitaliers sont tenus de ne plus faire de déficit; l'étude de la problématique concernant le rapatriement au Québec de la clientèle de l'Outaouais qui va en Ontario pour obtenir certains services de santé; l'élaboration d'un mémoire au Conseil des ministres visant la mise en place d'un plan d'action pour 1987-1988 et une meilleure répartition géographique des régions. À cet égard, les principales mesures financières sont: les primes d'installation (3 millions), le programme de bourses aux étudiants en médecine (1,8 million), la rémunération majorée dans les régions périphériques, le programme de bourses de formation spécialisée (900 000 $), la décentralisation de la formation médicale (2,5


DIRECTION GÉNÉRALE DE LA RÉADAPTATION ET DES SERVICES DE LONGUE DURÉE
RÉADAPTATION
PROGRAMMES AUX PERSONNES HANDICAPÉES
PROGRAMMES AUX PERSONNES TOXICOMANES
SERVICES DE LONGUE DURÉE
PROGRAMMES AUX PERSONNES ÂGÉES EN PERTE D'AUTONOMIE
CONTRÔLE DE LA QUALITÉ
LIAISONS
RÉGIONS DU GRAND MONTRÉAL
RÉGIONS CENTRALES
RÉGIONS PÉRIPHÉRIQUES
BUDGÉTISATION ET CONTRÔLE

millions) et le plan de participation communautaire et de marketing des régions périphériques (660 000 $).

Afin d'assurer une liaison constante avec les corporations professionnelles, des relations suivies ont été entreprises avec celles du secteur de la santé.

Afin de combler progressivement le déficit, dans le réseau, de 99 pharmaciens, le Ministère a augmenté le nombre de postes de résidents de 30 à 46 dans les hôpitaux d'enseignement.

La contribution financière aux programmes de résidence multidisciplinaire en médecine dentaire a été maintenue.

En vue de la protection de la santé publique, le Ministère a notamment procédé aux démarches d'appréciation de la qualité dans les secteurs d'activités des laboratoires. En 1986-1987, des permis d'exploitation ont été émis à quelque 1 600 laboratoires. En outre, des permis ont été accordés à 141 centres hospitaliers de soins de courte durée représentant une capacité d'environ 44 400 lits.

Des mécanismes permettant l'élaboration de plans régionaux d'effectifs médicaux ont été mis sur pied. Ils garantissent, à moyen terme, aux populations des régions éloignées, un accès plus grand aux médecins omnipraticiens et spécialistes grâce à une meilleure répartition de ces derniers.

Certains comités ont été mis sur pied qui portent sur des problématiques particulières. Mentionnons, entre autres:

— La Table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical: ce comité avait comme mandat de revoir la politique de main-d'oeuvre médicale au Québec, en ce qui concerne la planification globale des effectifs et leur répartition géographique. Outre le M.S.S.S., les organismes représentés à cette table sont: le Comité des doyens des facultés de médecine, la Corporation professionnelle des médecins du Québec, la Conférence des C.R.S.S.S., l'Association des hôpitaux du Québec, l'Association des centres d'accueil du Québec, la Fédération des centres locaux de services communautaires du Québec, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, la Fédération des médecins résidents et internes du Québec; le ministère de l'Enseignement supérieur et de la Science et l'Association des étudiants en médecine (observateur).

— Le groupe de travail ayant comme mandat de produire un rapport sur les traitements physiques en réadaptation fonctionnelle dispensés en cabinet privé dans le cadre du Régime d'assurance-maladie. Ce groupe devait approfondir la problématique des traitements physiques en réadaptation fonctionnelle dispensés en cabinet privé de médecins dans le cadre du Régime d'assurance-maladie et faire des recommandations quant aux solutions à apporter aux problèmes soulevés.

— Le Comité directeur québécois pour l'implantation du SI en santé dont le mandat était de réaliser, avec les associations et corporations professionnelles concernées, la conversion au système international (SI) d'unités. M. Marcel Pouliot agissait à titre de président de ce comité. Le Comité a fait appel à la participation de plusieurs associations professionnelles dont l'expertise était essentielle aux succès de l'opération, notamment en hématologie, en microbiologie et en médecine nucléaire.

— Le Comité de travail sur les nouvelles technologies de la reproduction dont le mandat était d'examiner les progrès récents et potentiels de la science et de la médecine en matière de nouvelles technologies de reproduction et de faire un bilan dans une perspective de cohérence des soins de santé au Québec. Ce comité devait également étudier les possibilités d'encadrement et de limitation éventuelle de ces pratiques en évaluant leur impact au niveau social et juridique, au niveau de l'éthique, de la santé et des droits des femmes, du bien-être de l'enfant et du couple. Le travail du Comité devra se traduire par des recommandations visant à encadrer ces pratiques.

2.5 La Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée

La mission de la Direction générale de la réadaptation et des services de longue durée est d'assurer la conception, le développement et la réalisation de programmes cadres en matière de réadaptation et de géronto-gériatrie. Ces programmes, incluant les programmes de subvention à l'acquisition d'aides technologiques, s'adressent aux personnes ayant des problèmes reliés à la toxicomanie, aux personnes en perte d'autonomie et aux personnes handicapées.

Ils sont offerts par les centres d'accueil d'hébergement, les centres hospitaliers de soins de longue durée, les pavillons, les familles d'accueil pour adultes, les unités de longue durée en centres hospitaliers de courte durée et les centres d'accueil de réadaptation.

De plus, la Direction générale assure la liaison avec ces établissements, ce qui comprend les activités de coordination, de budgétisation et de contrôle budgétaire. La Direction s'assure également de la qualité des services rendus par les établissements sous sa responsabilité et du respect des lois et des règlements.

2.5.1 La déficience intellectuelle

Le 25 juin 1986, le Ministère rendait publiques ses orientations en regard de l'intégration et de la réintégration sociale des personnes présentant une défi-

cience intellectuelle. Pour les actualiser, un groupe de travail ministériel ayant pour mandat d'identifier les conditions susceptibles de réaliser de façon harmonieuse l'intégration de ces personnes ainsi que leur maintien en communauté était créé. Sept comités de travail composés de représentants du réseau de la santé et des services sociaux, des associations de personnes handicapées et des associations d'établissements ont été associés de premier chef à cette réflexion. Leurs rapports ont été remis en avril 1987. Ils portent sur les thèmes suivants: la coordination des services à la personne et à la famille; la participation et la contribution de la personne et de ses parents; les services en milieu intégré; les stratégies de réintégration sociale; la formation des intervenants; la participation de la population et l'évaluation de la clientèle.

Pour sa part, le rapport du comité de travail ministériel est attendu pour décembre 1987.

2.5.2 Les programmes d'aide technologique

En regard des personnes présentant une déficience motrice ou sensorielle, le mandat portant sur la gestion des programmes d'aide technologique a été transféré à la Direction de la réadaptation lors de la réorganisation du M.S.S.S. Un examen de la répartition des rôles et des responsabilités de la Régie de l'assurance-maladie et du Ministère en rapport avec les programmes d'aide technologique a été amorcé. De plus la révision de la liste des fauteuils couverts et des prix des fauteuils roulants électriques et manuels a été réalisée. Le processus de révision des programmes d'attribution et de paiement de prothèses, d'appareils orthopédiques, d'aide auditive, d'aide visuelle, d'aide aux personnes stomisées, de prothèses oculaires et de prothèses mammaires est commencé. Par ailleurs, un groupe de travail a été mis en place en vue de définir l'organisation des services en réadaptation aux personnes souffrant d'une surdi-cécité. Ce comité est présidé par Mme Michèle Laverdure, directrice des services professionnels à l'Institut Raymond-Dewar.

De plus, le Conseil consultatif sur les aides technologiques était créé en remplacement du Comité sur les aides techniques. Ce conseil est intégré à l'organisation même du Ministère, sous la responsabilité du sous-ministre adjoint à la réadaptation et aux services de longue durée. Il a pour mandat de donner des avis sur l'efficacité et la sécurité des technologies disponibles ainsi que sur leur implication économique, éthique et sociale. Le Conseil consultatif était présidé par M. Bernard Talbot, médecin spécialiste consultant en réadaptation au Centre de réadaptation Lucie-Bruneau, au Centre hospitalier Jacques Viger et à l'Hôpital Saint-Luc.

En décembre 1986, il a remis au sous-ministre son premier avis sur les fauteuils roulants ultra-légers.

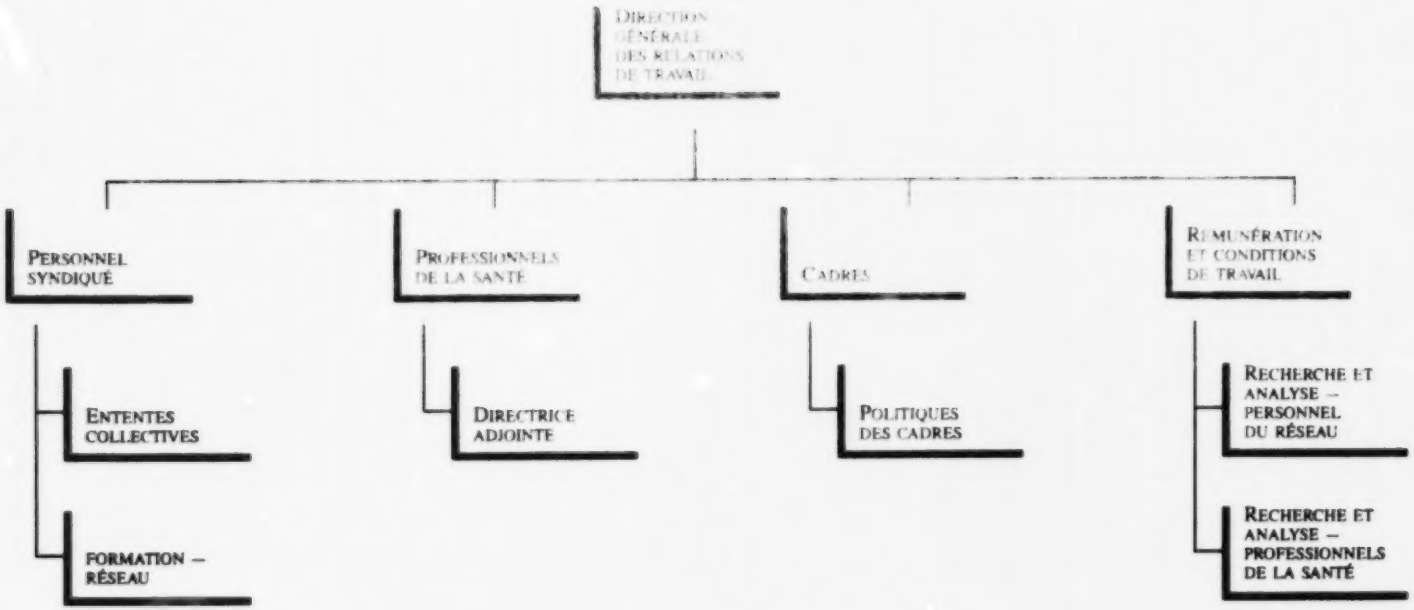
Les programmes s'adressant aux personnes toxicomanes ont fait l'objet d'échanges avec les gouvernements fédéral et provinciaux, notamment en regard du partage des frais d'application de ces programmes et des stratégies nationales d'action dans les domaines de l'usage et de l'abus des drogues ainsi qu'en regard de la conduite avec facultés affaiblies.

2.5.3 Les personnes âgées

Les activités réalisées dans le secteur des personnes âgées en perte d'autonomie s'inscrivent à l'intérieur de trois grands objectifs qui sont: l'amélioration des conditions de vie des personnes résidant en milieu d'hébergement et de longue durée; le développement et la consolidation de programmes externes (tels les centres de jour et l'hébergement temporaire) conçus pour favoriser une meilleure qualité de vie à domicile et retarder le placement en institution; l'harmonisation des pratiques relatives au développement et à la construction des nouveaux établissements.

C'est ainsi qu'en collaboration avec nos partenaires du réseau, nous avons progressé notamment dans les dossiers suivants: alourdissement des clientèles; rehaussement du niveau d'assistance et de soins infirmiers en centre d'accueil d'hébergement (C.A.H.) et en centre hospitalier de soins de longue durée (C.H.S.L.D.) en vue de mieux répondre aux besoins liés à la prise en charge des personnes âgées en lourde perte d'autonomie; projets pilotes sur la pratique médicale visant à implanter la rémunération à vacation dans les C.A.H. et C.H.S.L.D.; coordination des admissions; finalisation de l'implantation du système standard d'évaluation des besoins en soins de longue durée et de services d'hébergement pour les personnes âgées en perte d'autonomie (C.T.M.S.P. — classification par types en milieu de soins et services prolongés) et révision des formulaires attachés au module de détermination des services requis et de mesure des ressources requises de ce système; révision du programme fonctionnel et technique type relatif à la construction ou aux réaménagements de C.A.H. et de C.H.S.L.D..

L'objectif était de développer des milieux de vie communautaire selon une approche globale favorable au maintien de l'autonomie de la personne. Afin de l'atteindre, les mesures suivantes ont été instituées: conception d'un guide de gestion alimentaire en C.A.H./C.H.S.L.D.; conception d'un manuel destiné aux responsables des services alimentaires des établissements dans le but de les doter d'outils appropriés pour actualiser de façon optimale les normes d'agrément qui les gouvernent et qui sont nécessaires pour améliorer les activités reliées à l'alimentation prise comme un des jalons les plus importants de la qualité de vie en établissement; développement de nouveaux centres de jour (à la fin de 1986-1987, 63,3 % des


DIRECTION GÉNÉRALE DES RELATIONS DE TRAVAIL
PERSONNEL SYNDIQUÉ
ENTENTES COLLECTIVES
FORMATION – RÉSEAU
PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ
DIRECTRICE ADJOINTE
CADRES
POLITIQUES DES CADRES
RÉMUNÉRATION ET CONDITIONS DE TRAVAIL
RECHERCHE ET ANALYSE – PERSONNEL DU RÉSEAU
RECHERCHE ET ANALYSE – PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

districts de C.L.S.C. sont dotés de centres de jour) et de programmes d'hébergement temporaire (84 lits).

Par ailleurs, afin d'accentuer les liens entre les dispensateurs de services et la Direction générale, des tournées régionales ont été effectuées à la suite de la réorganisation ministérielle. Une consolidation du système de contrôle et de suivi budgétaire a également permis de connaître la situation financière sous ses divers aspects.

2.6 La Direction générale des relations de travail

Sur la base des orientations gouvernementales en matière de services de santé et de services sociaux, la Direction générale des relations de travail a pour mandat de représenter le Ministère pour tout ce qui concerne la négociation, l'application et l'interprétation des conventions collectives, des ententes et des régimes concernant le personnel du réseau et les professionnels de la santé. À cette fin et dans ces matières, elle organise les relations et les échanges avec les instances syndicales, les associations de cadres, les associations et fédérations de professionnels de la santé ainsi qu'avec les partenaires du Ministère. Elle coordonne les différents processus de négociation et de communication et elle intervient dans les situations conflictuelles et les dossiers exigeant un avis spécialisé.

Elle joue un rôle-conseil auprès des autorités du Ministère en matière de relations et de conditions de travail, et fournit aux partenaires ainsi qu'aux établissements du réseau l'expertise et l'assistance dans ces domaines.

Elle effectue également des recherches et des analyses reliées à la rémunération, aux avantages sociaux et aux autres conditions de travail, et propose des orientations et des politiques dans ces matières.

2.6.1 Le personnel salarié du réseau

L'année 1986-1987 fut essentiellement marquée par la poursuite des négociations visant le renouvellement des quelque 50 conventions collectives régissant les conditions de travail des quelque 206 000 salariés oeuvrant dans le réseau. Entreprises en juillet 1985, les négociations ont débouché en décembre 1986 sur des ententes de principe avec la C.S.N. la F.T.Q., la C.E.Q., le S.P.I.I.Q., la F.Q.I.I. et la F.I.I.U.. Ces dernières ont finalement abouti à la signature des nouvelles conventions collectives en mars et avril 1987. Ces négociations auront duré 21 mois et les mouvements de débrayage durant cette période ont occasionné une perte de 89 500 jours de travail, soit l'équivalent d'environ une demi-journée de travail par salarié.

Selon les dispositions des directives émises depuis 1985, les établissements du réseau doivent obtenir une autorisation préalable du Ministère avant de procéder à des mises à pied obligeant une inscription au Service de placement du secteur de la santé et des services sociaux (S.P.S.S.S.) des salariés possédant la sécurité d'emploi. Au 1er avril 1986, il y avait un solde de 524 salariés inscrits au S.P.S.S.S. et en attente de replacement. Durant l'exercice, le Ministère autorisait 359 nouvelles inscriptions et à la suite des opérations de replacement, il restait, au 31 mars 1987, 483 salariés effectivement inscrits.

En ce qui concerne les activités de formation et de perfectionnement, quelque 150 sessions ont été organisées et dispensées au personnel salarié du réseau dans plusieurs régions du Québec, avec le concours des ressources des réseaux de la santé et des services sociaux et du ministère de l'Éducation. À ces sessions s'ajoutent quelque 50 projets de formation organisés et dispensés en établissement. Parmi les thèmes touchés par l'ensemble de ces sessions, notons entre autres ceux de la communication et de la relation d'aide, de la gérontologie, de l'approche du bénéficiaire axée sur l'humanisation des soins et de la santé des jeunes.

Finalement, un comité d'étude sur la main-d'oeuvre du secteur des soins infirmiers, composé de représentants du Ministère et du réseau, fut mis sur pied en début d'exercice. Ce comité avait comme mandat général d'établir un portrait exhaustif de la situation passée, présente et prévisible de cette main-d'oeuvre dans le système général de dispensation des soins de santé et de recommander des orientations et des avenues de solution devant permettre d'assurer une adéquation optimale entre les attentes et les besoins. Le comité a déposé son rapport en mars 1987.

2.6.2 Le personnel cadre du réseau

La période s'écoulant entre le 1er avril 1986 et le 31 mars 1987 a été caractérisée par la réalisation des projets suivants: la révision et l'implantation d'un nouveau système de rémunération des cadres du réseau, axé sur la nécessité de reconnaître et de compenser la qualité du rendement sous la forme de bonis plutôt que sous la forme d'une progression salariale accélérée; l'exécution d'études de faisabilité aux fins de juger de l'opportunité d'ajuster le système de classification des fonctions de cadre du réseau au caractère évolutif des modes organisationnels et de gestion des établissements. Ont également été mis sur pied les projets suivants: la révision du règlement 883-83 concernant la sélection, la nomination, les mesures de fin d'engagement et de stabilité d'emploi applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics; l'évaluation et la mise au point de la gestion des mesures de stabilité d'emploi des cadres, ce qui a permis de clarifier et de formaliser les procédures et les rôles respectifs des intervenants (depuis la mise en place du Comité directeur sur la stabilité d'emploi des cadres (C.D.S.E.C.) plus de 145

cadres ont pu être replacés); l'élaboration du bilan des activités de formation et de perfectionnement des cadres pour la période 1982-1986 et l'ébauche d'éléments d'une politique en cette matière; la coordination administrative de 62 concours de sélection d'un directeur général et du traitement de 15 recours de cadres à la suite de la rupture de lien d'emploi.

2.6.3 Les professionnels de la santé

Les discussions et les travaux engagés depuis décembre 1986 pour le renouvellement de l'entente générale conclue avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (F.M.O.Q.), entente venant à échéance au 31 mai 1987, ont porté de façon privilégiée sur les sujets suivants: les clauses normatives et les activités professionnelles en établissement, les modifications à certains articles actuellement en vigueur, la révision de la nomenclature des actes et préambules, les avantages sociaux des médecins rémunérés à honoraires fixes, les mécanismes de l'objectif tarifaire, les conditions applicables aux territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé, la rémunération des médecins oeuvrant en centre d'accueil d'hébergement et en centre hospitalier de soins de longue durée, l'assurance-responsabilité professionnelle et l'augmentation de l'objectif tarifaire et du tarif. Les parties avaient de plus convenu de constituer quatre comités techniques pour discuter de façon particulière de dossiers concernant les services géronto-gériatriques, les avantages sociaux, la nomenclature des actes et le normatif institutionnel. La négociation avec la F.M.O.Q. a finalement permis la conclusion de l'amendement numéro 30, qui actualise les tarifs, et de l'amendement numéro 31 concernant la rémunération différente pour les services assurés fournis dans les territoires insuffisamment pourvus de professionnels de la santé.

Une entente avec la F.M.S.Q. qui couvre la période du 1er juin 1985 au 30 septembre 1986, est intervenue le 22 décembre 1986. Le point saillant de cette entente est la refonte globale des règles préambulaires à la tarification. Les parties ont aussi convenu de nouveaux préambules généraux et d'un addenda pour les spécialités de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésie-réanimation ainsi que d'une tarification afférente. La nouvelle entente prévoit de plus un préambule général des addenda pour les spécialités de laboratoires et des procédures diagnostiques connexes.

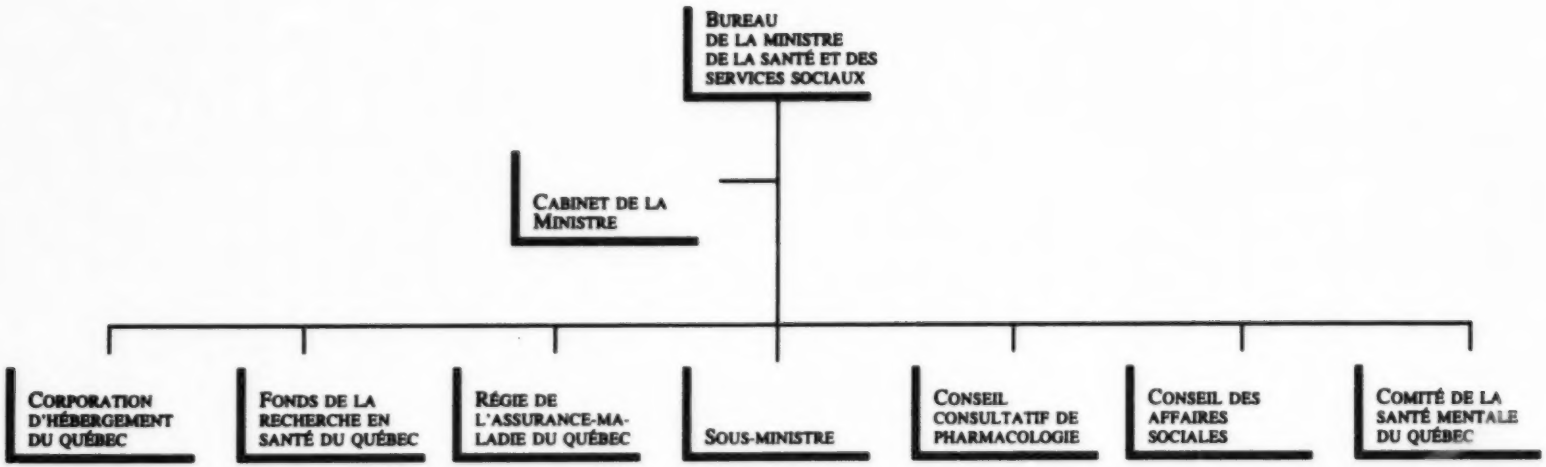
À la suite de l'accord intervenu, les échanges avec la F.M.S.Q. se sont poursuivis régulièrement et ont conduit à la conclusion de modifications. Entre autres, la modification numéro I, établissant, au 1er juin 1987, des nouveaux tarifs pour les spécialités de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésie; la modification numéro 2 portant sur la fixation de l'objectif tarifaire pour la période du 1er juin 1987 au 31 mai 1988 et la modification numéro 3 prévoyant la mise en vigueur des règles de tarification des spécialités de laboratoire au 1er octobre 1987.

Du côté de la Fédération des médecins résidents et internes du Québec (F.M.R.I.Q.), les négociations pour le renouvellement de l'entente ont repris le 26 mars 1986 et se sont intensifiées au cours de l'exercice 1986-1987.

Par ailleurs, une entente avec l'Association professionnelle des optométristes du Québec (A.P.O.Q.) a été signée le 14 novembre 1986 et couvre la période du 1er juin 1985 au 1er mai 1987. Les discussions avec les optométristes se sont poursuivies depuis la signature de l'entente en raison d'une lettre d'entente particulière dans laquelle les parties convenaient de continuer la négociation sur certains points précis, à savoir: la répartition géographique des optométristes, la nomenclature des actes apparaissant à l'entente ainsi que les services rendus par les optométristes dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Enfin, la négociation pour le renouvellement des ententes avec l'Association des pharmaciens des établissements de santé du Québec (A.P.E.S.), l'Association québécoise des pharmaciens propriétaires (A.Q.P.P.), l'Association des chirurgiens dentistes du Québec (A.C.D.Q.) et l'Association des spécialistes en chirurgie buccale et maxillo-faciale du Québec (l'A.S.C.B.M.F.Q.) s'est poursuivie au cours de l'exercice.

Dans le cadre de rencontres de consultation prévues aux ententes, l'A.C.D.Q. et l'A.P.O.Q. ont été consultées au sujet d'un projet de règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie. L'objectif de ce projet de règlement est de ne considérer comme service assuré qu'un seul examen dentaire par période de 12 mois. Afin de s'assurer que cette limitation de la fréquence de l'examen dentaire trouve son plein effet, le texte réglementaire a également été modifié de sorte que la fréquence soit comptabilisée non seulement auprès du même professionnel qui aurait rendu le service assuré, mais également auprès de tous les professionnels. Il devenait nécessaire, en concordance avec la modification apportée pour l'examen dentaire, de faire la même précision au paragraphe du Règlement d'application visant la limitation de deux services optométriques. À la suite de l'annonce de ce projet de règlement, plusieurs rencontres ont été tenues afin de trouver des solutions au problème d'application que pose ce projet de règlement.


BUREAU DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
CABINET DE LA MINISTRE
CORPORATION D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC
FONDS DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DU QUÉBEC
RÉGIE DE L'ASSURANCE-MALADIE DU QUÉBEC
SOUS-MINISTRE
CONSEIL CONSULTATIF DE PHARMACOLOGIE
CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES
COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC

Annexe I
Les organismes relevant de la ministre de la Santé et des Services sociaux

Les organismes relevant de la ministre

Ces organismes ne font pas partie de la structure administrative du ministère de la Santé et des Services sociaux. La ministre en est cependant responsable.

Bien que ces organismes soient autonomes, certains d'entre eux demeurent reliés au budget de fonctionnement du ministère de la Santé et des Services sociaux, tels le Conseil consultatif en pharmacologie, le Conseil des affaires sociales et de la famille, le Conseil québécois de la recherche sociale, le Comité de la santé mentale ainsi que la Corporation d'hébergement du Québec.

La Régie de l'assurance-maladie du Québec

La Régie de l'assurance-maladie (R.A.M.Q.), qui relève de la ministre de la Santé et des Services sociaux, a pour mandat d'administrer le régime d'assurance-maladie instauré par la Loi sur l'assurance-maladie, d'administrer tout autre régime ou programme que le Gouvernement pourra lui confier, de débourser les montants des rémunérations déterminées par règlement et payables par le Gouvernement, les ministères ou d'autres organsimes gouvernementaux à des professionnels de la santé, en vertu de toutes les lois du Québec autres que la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29).

La R.A.M.Q. présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Conseil des affaires sociales et de la famille

Créé en 1970, le Conseil des affaires sociales et de la famille (C.A.S.F.) est un organisme d'étude et de consultation dont le mandat est de conseiller la ministre sur la détermination des objectifs et priorités du secteur des affaires sociales et de la famille, et de consulter les divers groupes et organismes dans l'élaboration des politiques sociales et familiales. Le C.A.S.F. produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Conseil consultatif de pharmacologie

Le Conseil consultatif de pharmacologie assiste la ministre de la Santé et des Services sociaux dans l'élaboration et la mise à jour de la liste des médicaments fournis gratuitement aux bénéficiaires de l'aide sociale et aux personnes âgées. Il donne également son avis sur la valeur thérapeutique et le prix des médicaments.

Le Fonds de la recherche en santé du Québec

Constituée selon la Loi favorisant le développement scientifique et technologique du Québec, cette corporation a pour fonction de promouvoir ou d'aider financièrement la recherche, la formation et le perfectionnement de chercheurs dans le domaine de la santé.

Le FRSQ présente un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

La Corporation d'hébergement du Québec

Organisme sans but lucratif, la Corporation d'hébergement du Québec a été constituée en 1974. Elle a pour mandat d'assurer la construction d'établissements ainsi que le financement de ces immobilisations pour le compte du ministère de la Santé et des Services sociaux. En outre, elle acquiert périodiquement certains immeubles dans le cadre du programme d'intégration d'établissements privés.

Le Conseil québécois de la recherche sociale

Formé de spécialistes de diverses disciplines des sciences humaines et sociales et de représentants des milieux de pratique et d'intervention, le Conseil québécois de la recherche sociale (C.Q.R.S.) créé en 1979, a pour rôle de conseiller la ministre sur la politique du Ministère en matière de recherche sociale, sur l'enveloppe budgétaire et sur toutes les questions pertinentes à la recherche sociale, de contribuer à la qualité de la recherche sociale, d'en diffuser les résul-

tats et de voir à leur application dans l'enseignement et la pratique professionnelle ainsi que dans le développement des politiques sociales , d'instituer et de régir, après approbation de la ministre, des programmes de soutien à la recherche sociale et de les évaluer périodiquement. Le C.Q.R.S produit un rapport annuel distinct de celui du Ministère.

Le Comité de la santé mentale du Québec

Le Comité de la santé mentale du Québec créé en 1971 relève de la ministre de la Santé et des Services sociaux. Il coopère à la réalisation des activités de planification et d'évaluation dont la ministre a la responsabilité en santé mentale. Il doit aussi collaborer au développement et à l'évaluation de la politique du Québec en santé mentale.

L'Office des personnes handicapées du Québec

L'Office des personnes handicapées du Québec a pour fonction de veiller à la coordination des services dispensés aux personnes handicapées, de promouvoir leurs intérêts et de favoriser leur intégration scolaire, professionnelle et sociale. L'Office favorise la concertation des organismes publics, parapublics ou privés dispensateurs de services, sur les plans provincial, régional et local.

Annexe II
Les lois et règlements dont l'application relève du ministère de la Santé et des Services sociaux

La Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux (L.R.Q., c. M-19.2)

— Règlement 1 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

— Règlement 2 sur la signature de certains actes, documents ou écrits du ministère de la Santé et des Services sociaux;

— Règlement sur les signatures apposées au moyen d'un appareil automatique sur les documents du ministère de la Santé et des Services sociaux;

— Décret sur l'autorisation d'utiliser un fac-similé de la signature du ministre ou du sous-ministre de la Santé et des Services sociaux sur certains documents;

— Règlement sur la mise en oeuvre de l'entente entre le gouvernement du Québec et le gouvernement de la République française en matière de sécurité sociale.

La Loi sur le Conseil des affaires sociales et de la famille (L.R.Q., c. C-57)

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-5):

— Règlement d'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

— Règlement établissant la procédure pour l'élection et la nomination des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux;

— Règlement établissant la procédure pour l'élection et la nomination des conseils d'administration des conseils de la santé et des services sociaux;

— Règlement sur la rémunération des membres des conseils d'administration des conseils de la santé et des services sociaux;

— Règlement sur la sélection, la nomination, les mesures de fin d'engagement et de stabilité d'emploi applicables aux directeurs généraux des conseils régionaux et des établissements publics;

— Règlement sur certaines conditions de travail applicables aux cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés visés aux articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

— Règlement sur la rémunération des directeurs généraux et des cadres supérieurs et intermédiaires des conseils régionaux, des établissements publics et des établissements privés dans les articles 176 et 177 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux;

— Ordonnance établissant la procédure pour l'élection des membres des conseils d'administration des établissements publics de santé et de services sociaux de la région 10-A;

— Règlement sur les constructions d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

— Règlement sur les locations d'immeubles des établissements, des conseils régionaux et de la Corporation d'hébergement du Québec;

— Règlement sur la gestion financière des établissements et des conseils régionaux;

— Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements;

— Règlement sur la délivrance et le renouvellement du permis d'un établissement;

— Règlement sur la nomination et la rémunération des directeurs des services professionnels et des chefs de département de santé communautaire dans les centres hospitaliers;

— Règlement sur la procédure pour l'élection de membres du conseil d'administration du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James par le conseil consultatif du personnel clinique et le personnel non clinique.

La Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c. A-29)

— Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie;

— Règlement sur les formules et les relevés d'honoraires relatifs à la Loi sur l'assurance-maladie;

— Liste des territoires insuffisamment pourvus de professionnels au sens du quatrième alinéa de l'article 19 de la Loi sur l'assurance-maladie;

— Décret sur la rémunération différente pour les médecins omnipraticiens durant les premières années d'exercice de leur profession;

— Décret sur la rémunération différente pour les méde-

cins durant les premières années d'exercice de leur spécialité dans le cadre du Régime d'assurance-maladie du Québec.

La Loi sur la Régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., c. R-5):

— Règlement prescrivant à la Régie de l'assurance-maladie du Québec d'assumer le coût de certaines rémunérations payables par le Gouvernement, ses ministères ou organismes aux professionnels de la santé;

— Règlement de régie interne de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

La Loi sur l'assurance hospitalisation (L.R.Q., c. A-28):

— Règlement d'application de la Loi sur l'assurance hospitalisation.

La Loi sur la protection de la jeunesse (L.R.Q., c. P-34.1):

— Règlement concernant les modalités et délais de la révision de la situation d'un enfant pris en charge;

— Règlement sur l'aide financière pour favoriser l'adoption.

La Loi sur la protection du malade mental. (L.R.Q., c. P-41):

— Règlement d'application de l'article 27 de la Loi sur la protection du malade mental.

La Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35):

— Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique;

— Détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximal d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux du transport par ambulance.

La Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées (L.R.Q., c. E-20.1):

— Règlement de l'Office des personnes handicapées du Québec;

— Règlement de régie interne de l'Office des personnes handicapées du Québec;

— Règlement visant à favoriser l'embauchage des personnes handicapées.

La Loi sur les inhumations et les exhumations (L.R.Q., c. 1-11)

La Loi sur les cimetières non catholiques (L.R.Q., c. C-17)

Annexe III
Les ressources financières

Le budget du ministère de la Santé et des Services sociaux en 1986-1987 totalise 6 545,0 millions de dollars soit une augmentation de 544,0 millions de dollars ou de 9,1 % par rapport à l'exercice précédent. Ces crédits se répartissent entre quatre secteurs:

— prévention et amélioration
— recouvrement de la santé
— réadaptation sociale
— administration et services

Budget du ministère de la Santé et des Services sociaux en 1986-1987

		en milliers de $
Prévention et amélioration	**426 765,00**	
— Services des centres locaux de services communautaires		400 613,00
— Soutien aux organismes communautaires		26 152,00
Recouvrement de la santé	**3 970 431,00**	
— Services des centres hospitaliers de courte durée et psychiatriques		
Réadaptation sociale	**1 885 815.00**	
— Services des centres de services sociaux		281 739,00
— Services des centres d'accueil d'hébergement et des centres hospitaliers de soins de longue durée		1 000 878,00
— Services des centres de réadaptation		603 198,00
Administration et services	**261 971,00**	
— Coordination de la recherche		26 044,00
— Coordination régionale et nationale		131 065,00
— Direction et gestion		62 463,00
— Office des personnes handicapées du Québec		42 399,00
Total	**6 544 982,00**	

Annexe IV
Les effectifs

Effectifs du ministère de la Santé et des Services sociaux (M.S.S.S.) par secteur au 31 mars 1987

	Hors-cadres et cadres	Agents de maîtrise	Professionnels	Techniciens	Employés de bureau et ouvriers	Total
Gestion interne et soutien	37	10	207	78	192	524
Planification & évaluation	17	—	59	10	36	122
Prévention & Services communautaires	14	2	71	9	28	124
Recouvrement de la santé	12	—	75	5	32	124
Réadaptation & services de longue durée	14	2	60	12	21	109
Relations de travail	11	1	37	9	15	73
Sous-total M.S.S.S.	**105**	**15**	**509**	**123**	**324**	**1 076**
Conseil des affaires sociales et de la famille	2	—	7	2	2	13
Total	**107**	**15**	**516**	**125**	**326**	**1 089**

Notes: Dans le nouveau budget, le Fonds de la recherche en santé du Québec est intégré à la Direction générale de la planification et de l'évaluation et le Conseil consultatif de pharmacologie à la Direction générale du recouvrement de la santé.